2 Janvier 1886. N° 1 8me année

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

A nos lecteurs.

Chers confrères,

Le monde médical avait sommeillé ; le voilà qui s'agite en proie à un malaise qui se traduit en projets ; faire un projet, c'est peu ; le suivre, le mener à bien, c'est beaucoup. Ici, au *Concours*, grâce à votre assistance à tous, nous faisons des projets et quelquefois nous les réalisons. Nous n'en laissons aucun de côté d'une façon absolue ; nous attendons les circonstances et alors, ceux que nous avons paru délaisser, nous les reprenons en sous-œuvre afin que le travail de préparation ne soit point perdu.

Tous les plans nouveaux sont dictés par la nécessité que ressentent les médecins, de prendre part, sous peine de déchoir, au mouvement d'Association qui travaille toutes les classes de la Société.

Association générale en 1858. *Concours médical* en 1879. *Syndicats* en 1881. Caisse des *pensions de retraite* en 1884 et *Union des Syndicats*. Voilà des résultats acquis.

En 1885, viennent les projets d'œuvres nouvelles : *Ordre des médecins*, du Congrès de 1845, repris par M. Surmay. *Comité de protection* des pupilles du corps médical ; *Assurance contre la maladie*, entre médecins, constituée en Angleterre et étudiée par le *Concours*, puis par M. le Dr *Lagoguey* (de Paris) ; Société médicale de *déontologie* de M. *Ladreit de Lacharrière*, et tant d'autres projets qui ont déjà disparu, ayant à peine vu le jour.

Permettez-nous quelques appréciations sur ces divers sujets, afin de vous indiquer quelles seront les préoccupations du journal, dans l'année 1886, et sa ligne de conduite.

Association générale.

Elle est, elle, certaine de ne pas disparaître. Elle a pour cela des titres indiscutables : la durée, la richesse, le nombre, son organisation résistante, son apreté à défendre ses droits et surtout le souvenir de ses services et les services qu'elle rend tous les jours.

Elle ne disparaîtra pas ; mais elle se modifiera ; car, quelles que soient sa puissance et sa valeur, si elle n'acceptait pas les modifications que toute œuvre réclame, elle serait condamnée à déchoir et à passer du premier rang à un rang secondaire.

Société de prévoyance et de secours mutuels, forme de société qu'elle choisit en des temps rigoureux, faute d'une forme plus pro-

pice, elle souffrira des défectuosités propres aux sociétés de secours. Inutile de les énumérer.

Elle a un autre inconvénient qui lui est spécial : Société de secours mutuels, elle ne rend pas à ses membres les services que les sociétaires en retirent d'habitude : *indemnité en cas de maladie*, *soins médicaux* et *pharmaceutiques*, frais *d'inhumation*. — Par contre, elle distribue des secours individuels, non de droit absolu, mais, il faut le reconnaître, de droit réel et elle constitue, peu à peu, un *fonds de pensions viagères*. Cependant comme elle compte plus de 8.000 adhérents, il sera long à venir, le jour où elle pourra pensionner tous ceux qui seront dans la gêne à un certain âge !

Nous reconnaissons que la cotisation est minime, et que l'Association serait fort empêchée si elle était tenue à toutes les obligations des sociétés de secours.

Mais nous avons rêvé, et beaucoup de bons esprits ont rêvé comme nous, des modifications à ses statuts.

Nous comprenons bien la défiance que les innovations inspirent à ses dignitaires ; nous comprenons aussi que les résultats d'un quart de siècle de prospérité ne leur permettent pas de se lancer dans les aventures ! Ce n'est pas nous, un des fondateurs de l'Association en 1858, vice-président d'une de ses sociétés locales les plus nombreuses, qui songerions à l'induire en tentation du mieux, si nous ne nous assurions que toute innovation, toute modification ne comporte pas nécessairement un danger !

Courir les hasards d'un échec, tenter une expérience, c'est le fait des soldats d'avant-garde, des médecins qui constituent une Société comme la nôtre, libre de ses actes, faite pour l'initiative, responsable seulement de ses intentions et des moyens qu'elle emploie, et pouvant envisager sans crainte un insuccès.

L'Association générale est donc tenue à quelque réserve.

Mais le jour où une forme d'*Association*, plus propre à son expansion, serait consacrée par la loi, pourquoi hésiterait-elle à en faire usage?

Pourquoi, lorsque des voix autorisées se font entendre dans le milieu professionnel, l'Association ne leur donne-t-elle pas libéralement l'appui qu'elle peut dispenser, puisque son utilité, ses services ne sont contestés par personne ?

Pourquoi, lorsqu'il s'agit de composer son bureau, ne pas s'efforcer de faire une place aux hommes de progrès, quelque grand que soit leur éloignement du centre? Pourquoi ne pas tenir, une fois tous les deux ans, son Assemblée générale dans les grandes villes, près desquelles résident les épais bataillons de ses membres ?

Pourquoi, afin de s'entourer de tous les bons vouloirs, ne pas ériger en principe *l'indemnité de déplacement*? Elle n'a jamais fait et ne fera jamais une dépense plus productive.

Alors à l'Association les questions pratiques, les questions mûres auraient chance d'être abordées et résolues.

Elle ne laisserait pas à l'initiative privée, à la nôtre, la création des *Associations professionnelles*, de la *Caisse des pensions*, de l'*Assurance en cas de maladie* celle des *pupilles du Corps médical*.

Résolvant les questions pratiques, elle aurait peut-être moins de tendance, au contraire, à accepter à son ordre du jour, de préférence, les questions de trop haute portée, trop platoniques, telles que celles de l'*Ordre des médecins*.

Il est, certes, permis et inoffensif de discuter ce *summum* de nos aspirations. Mais, le questionnaire rempli, le tournoi oratoire vidé, qu'en restera-t-il, d'ici à longtemps? Or, pendant ce temps, on se désintéresse des œuvres simples, parfois même on leur fait échec !

Il nous sera permis d'en citer un seul exemple : lorsqu'il y a deux ans nous disions à l'*Association* : « Il faut créer une *Caisse de pensions*, c'est votre rôle ; nous allons nous effacer », que nous répondit-on ?

« Impossible ; nous n'y pouvons songer ; nous ne sommes pas assez riches, et d'ailleurs, les secrétaires vous diront la difficulté qu'ils éprouvent à recouvrer les cotisations ! Voyez les réponses négatives qu'on nous a faites, lorsque nous avons proposé de porter la cotisation à vingt francs ! »

Ah ! certes, ces objections ne nous ont point convaincu ! On a obtenu la réponse que comportaient les termes de la question. On faisait entrevoir simplement qu'on hâterait ainsi la constitution de la pension viagère pour tous ceux qui pourraient en avoir besoin. Si au contraire on avait dit : la cotisation reste la

même, mais tout membre de l'*Association* qui versera, en outre, 50, 100, 150, 200 fr. à vingt-cinq ans d'âge, aura à soixante ans, 600, 1.200, 1.800, 2.400 fr. de pension. Ces résultats, il pourra les obtenir, quel que soit son âge, en payant une *soulte* ! » Si, à un sacrifice, on avait opposé nettement l'avantage adéquat, alors les réponses eussent été différentes et avec votre puissance de prosélytisme, avec votre autorité, vous auriez obtenu beaucoup plus que nous n'avons obtenu nous-mêmes ! Mais l'impulsion donnée par M. Lande ne s'arrêtera plus !

Nous nous en tiendrons à cet exemple. Est-ce à dire qu'il nous plaît de faire ces démonstrations pour en tirer quelque vanité? On se tromperait, si on le croyait; nous avons d'autres visées. Nous ne demandons qu'une chose à l'*Association* : ne pas nous faire des procès de tendance; ne pas nous accuser de la menacer (elle se rirait de nos menaces); nous laisser à notre tâche d'explorateurs, en nous prêtant, lorsqu'elle le peut, sans rien compromettre, un appui confraternel.

Nos *Syndicats*, nos *Sociétés professionnelles* sont les sociétés de l'avenir. Notre ami, M. Perron, nous le formulait récemment en ces termes : *Qui sait si les Syndicats unis ne pourraient faire, avec la liberté, ce que l'Ordre des médecins pourrait faire avec la Loi !*

Jadis, défavorablement prévenue, *l'Association* eut tort de médire un peu d'une forme de société professionnelle inoffensive, qui avait à peine vu le jour, et qu'on aurait pu empêcher ainsi de faire ses preuves.

Mais qui voudrait lui assurer qu'un jour, peut-être plus proche qu'on ne croit, éclairée par la nette perception des avantages qu'elle y trouvera, l'Association générale ne se décidera pas à prendre un grand parti : laisser de côté les impedimenta d'une *Société de secours*. Elle se transformerait glorieusement en **Association générale professionnelle des médecins de France**, association sanctionnée par la loi et portant en ses statuts : Syndicats, Société de déontologie, Caisse de pensions, Assurance contre la maladie, répression du charlatanisme, *comités de protection* des pupilles du corps médical, etc., etc. En un mot, elle aurait *la réalité de cet Ordre de médecins qu'elle consent* **à discuter** lorsqu'au jour lointain où le législateur d'un nouvel ordre de choses lui permettra de reconstituer en droit une corporation que nous aurons reconstituée en fait.

En attendant le jour où l'*Association générale* pourra prouver, par des faits et non par de simples affirmations, qu'elle suffit à toutes les tâches, le *Concours* poursuivra la sienne. Assuré, lui aussi, de durer, encouragé par ses succès, il s'occupera de toutes les questions qui lui appartiennent et il discutera toutes celles qui viendront au jour de la publicité.

Révision de la législation médicale.

Le journal publiera le projet de loi sur la révision de la législation de M. Chevandier, récemment déposé. Il a été inséré déjà, avec la plupart de ses considérants; mais, comme il a subi des modifications dictées par les observations recueillies par l'honorable député de la Drôme et qu'il sera le texte de toutes les discussions à venir, il conviendra de le reproduire *in extenso*.

La publication de ce projet aura pour conséquence la mise à la disposition des membres du *Concours* d'une *formule de pétition* à MM. les députés, pour l'appuyer auprès de ceux-ci.

Révision de la législation pharmaceutique

Nous publierons aussi le projet de révision de la loi de germinal, avec les modifications proposées par les députés qui ont repris le travail de M. Faure, non réélu.

Les pharmaciens ont introduit dans ce projet de loi des articles qui nous paraissent excessifs, inacceptables par le corps médical. Un de nos collaborateurs les plus compétents sur la matière se chargera de les discuter. Nous admettons volontiers que les pharmaciens interviennent dans le projet médical; ils admettront bien que les médecins sont fondés à dire leur opinion sur l'organisation d'une profession qui n'a pour raison d'être que l'existence du corps médical, et qui n'est qu'une des branches de la médecine.

Les Syndicats.

Ils vivront eux aussi, et leur organisation subit l'arrêt prévu. Mais, pour tous les médecins versés dans les affaires professionnelles, elle est la seule qui repose sur des bases réelles, parce qu'elle est à la portée de tout médecin soucieux de sa dignité et des intérêts de la profession.

Elle renferme en germe tous les progrès, toutes les œuvres profitables à notre cause, et les obstacles qu'elle rencontre seront un nouveau stimulant pour ses partisans si nombreux.

Nous disons qu'elle subit un arrêt, et, chose singulière, elle est tellement dans les aspirations, que, n'était le nom, elle aurait fait récemment un pas considérable.

Car voici venir la **Société médicale de Déontologie.**

Nous procurerons une vive satisfaction aux lecteurs du journal et aux membres des syndicats, en publiant les statuts de ce *Syndicat des médecins de la Seine*. Nous avons fait et nous ferons tous nos efforts pour qu'il se fonde, pour qu'il vive et pour qu'il se développe. Son titre n'est rien. Que celui qu'on lui impose soit plus ou moins ambitieux, peu importe! Nous aurons, si la société se constitue, un syndicat dans un département qui, jusqu'ici, n'en comptait encore qu'un seul parmi ses trois mille médecins. Qu'il l'ait voulu ou non, M. *de la Charrière* est devenu un de nos meilleurs collaborateurs et, sans l'agitation professionnelle due à notre société et au journal, notre honorable confrère ne serait pas sorti du cercle de sa spécialité.

La Gazette hebdomadaire annonce que M. *Dechambre*, pressenti au sujet de la présidence des délégués des sociétés, s'est abstenu. Elle ne dit pas les motifs de cette abstention; mais il nous sera permis d'en exprimer au moins un. M. *Dechambre* aura vu sans peine, qu'il n'était question en réalité que d'un *Syndicat*. Nous savons que le président du Comité de rédaction de la Gazette n'est nullement hostile aux syndicats. Nous supposons qu'il a estimé néanmoins que, voulant les voir à l'œuvre avant de se prononcer, et la loi du 24 mars n'étant pas interprétée encore, il n'y avait pour lui nul motif de participer à l'organisation d'une société centrale de déontologie, d'un syndicat.

Caisse des pensions de retraite.

Nous publierons sa situation financière au premier jour et nous ferons connaître les mesures que prendra le *Comité directeur* en vue de la propagande de l'œuvre.

A ce propos, nous lisons, dans le compte rendu de l'Association de la *Vienne* et *du syndicat du même département*, un passage du discours prononcé par M. *Chédevergne*, Président de l'Association et vice-Président du Syndicat : « La caisse des pensions de retraite n'a que six mois d'existence; (?) c'est une superfétation. (!!) Elle ne fera pas mieux que son aînée issue de l'Association! ! ! (laquelle?) Les auteurs oublient que les retraites n'ont jamais été obtenues que par une retenue forcée ».

Ces affirmations erronées surprendront tous nos lecteurs, mieux au courant que M. Chédevergne de la situation prospère de la *Caisse des pensions*. Elles seront relevées par le *Comité directeur*.

Que M. *Chédevergne* nous permette de nous étonner de son appréciation. Il blâme d'une part les médecins de leur *apathie et de leur défiance* et, au lieu d'encourager les œuvres sérieuses et *d'y prendre part*, il les condamne en quelques lignes. Il préfère s'étendre longuement sur cet *Ordre des médecins*, qu'il considère comme le couronnement des associations professionnelles, couronnement, dit-il, qu'*un flot politique inattendu* pourrait nous procurer. Nous attendions mieux de M. Chedevergne! Le *Concours* a exposé et exposera toutes les raisons qu'il y a de souhaiter un *Ordre des médecins*. En attendant, il se tiendra sur le terrain des réalités, des Syndicats, de la Révision, de la Caisse des pensions: en un mot, de tout ce qui est à notre portée et ne demande que des actes. M. Chédevergne reconnaîtra que ce terrain est le seul sur lequel on puisse s'avancer d'un pas plus ou moins rapide, mais ferme sûrement.

N'y a-t-il pas, en effet, quelque inconséquence à raisonner comme il suit: « Caisses de retraite, Syndicats, Révision etc., se heurtent à des obstacles. Au lieu de nous efforcer de les surmonter, laissons de côté ces œuvres réelles et à notre portée, et courons à la conquête de *l'Ordre des médecins*; » et d'ajouter ensuite, comme M. Chédevergne: « je comprendrais très bien pourtant, que les praticiens, leurrés si souvent par de vains espoirs, accueillissent ce projet par une fin de non recevoir, en s'écriant: il n'aboutira jamais! »

Assurance contre la maladie.

Voici encore une organisation sérieuse et capable de suppléer aux lacunes de l'*Associa-*

(1) Le Bulletin des Syndicats et la Chronique professionnelle publieront le compte-rendu de l'Association de la Haute-Vienne.

tion générale. Nous préparons le projet à soumettre à la prochaine assemblée de la *Caisse des pensions*; nous publierons aussi celui de notre confrère, M. le Dr Lagoguey, présenté en 1885 à la société médicale du xe arrondissement. Il fournira d'utiles éléments de discussion, si on peut obvier à la difficulté majeure qu'il présente : Le service de l'indemnité journalière aux malades chroniques pendant plusieurs années, au moyen de la *Caisse des réassurances*, étudiée en ce moment même par la généralité des *Sociétés de secours mutuels*.

Pupilles du corps médical.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur la création des *Comités de protection* des victimes du devoir professionnel, et nous solliciterons leurs communications sur ce sujet qui, comme ceux dont nous nous occupons sans relâche, ne sort pas de l'ordre des choses possibles et pratiques.

Le journal aura donc, en 1886, de nombreux sujets de discussion. Les membres du *Concours*, sans aucune exception, voudront agir lorsque nous les en solliciterons. Leurs pétitions déjà reçues vont hâter une meilleure interprétation de *la loi sur les syndicats* par les Chambres. Leurs pétitions pour la révision de la loi de l'an XI, faciliteront la tâche de ses promoteurs, et, quelles que soient les vicissitudes de ses tentatives, le *Concours médical* sera toujours à la tête du mouvement professionnel.

Chers lecteurs,

Nous vous disions au début de notre conversation : le *Monde médical* s'agite ; il serait prétentieux d'ajouter : le *Concours médical* le mène. Mais il lui est permis de s'exprimer d'une façon plus modeste et de dire : Rien de ce qui est médical ne lui est étranger, et pour bien des questions, c'est lui qui, depuis six ans, donne l'impulsion ; c'est lui qui en poursuit les solutions avec un dévouement persévérant.

L'année qui s'ouvre sera, nous l'espérons, féconde pour lui et heureuse pour chacun de nos lecteurs : c'est notre souhait le plus cher.

Le Directeur,
A. Cézilly.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Deux faits importants sur lesquels nous dirons volontiers notre sentiment ont signalé la fin du mois de décembre.

Le premier est la décision prise par le Conseil supérieur de l'Instruction publique de fixer désormais à soixante-dix ans l'âge de la mise en retraite pour les professeurs des Facultés. Une exception est faite en faveur de ceux d'entre les professeurs septuagénaires, qui sont membres de l'Institut. On leur accorde cinq années d'exercice supplémentaires.

La limite d'âge imposée aux professeurs était une mesure réclamée depuis longtemps déjà par tous ceux qui s'intéressent à notre enseignement supérieur; la Presse médicale avait fait ressortir avec netteté tous les inconvénients qui résultent de la sénilité de certains professeurs : ou bien ils n'apportent plus aux étudiants qu'un enseignement fossile; ou, si, par une exception contraire à la nature, ils ont conservé une jeunesse relative de l'esprit en devenant caducs de corps, ils ont perdu la force physique nécessaire à l'enseignement oral.

Un autre inconvénient du maintien presque à vie d'un professeur dans sa chaire, c'est le découragement qui s'empare des agrégés déjà mûrs et en pleine possession de leur vigueur intellectuelle, en plein épanouissement scientifique, lorsqu'ils voient reculer sans cesse le but et la récompense de leurs travaux.

Il faut donc applaudir au vote émis par les membres du Conseil supérieur, et espérer que le ministre n'hésitera pas à lui donner force de décret.

Nous formulerons une seule critique en ce qui concerne la prolongation de cinq années accordée aux membres de l'Institut. Ce lustre supplémentaire en ajoutera-t-il beaucoup — pardon du jeu de mots, qui vient de lui-même sous la plume ! — à notre corps professoral et à l'Institut. Le tort de beaucoup de gens est de croire que la mise en retraite d'un professeur est une sorte d'humiliation. De ce qu'un savant est encore pendant de longues années capable de tenir honorablement sa place dans une société comme l'Institut, s'ensuit-il qu'il demeure toujours apte à imprimer aux études, dans la branche qu'il est chargé d'enseigner, une impulsion assez énergique ?

— Le second fait que nous devons rappeler est la **laïcisation de l'hôpital Cochin**. Il est significatif, au point de vue de la résolution prise par les pouvoirs qui dirigent les destinées de l'Assistance publique, de poursuivre à tout prix et sans mé-

nagement une œuvre qui est loin d'avoir rencontré l'assentiment général des gens compétents. De tous les hôpitaux de Paris, Cochin était certainement le dernier qu'on eût dû laïciser; car c'était celui où le service a toujours été le mieux fait par les religieuses; elles y tenaient même la pharmacie avec un soin qu'on voudrait toujours rencontrer chez les pharmaciens, et, vu le peu d'espace dont dispose l'administration pour loger ce personnel dans cet hôpital, il a fallu faire des frais considérables pour substituer des laïques aux religieuses.

Nous ne contestons pas la justesse du principe en vertu duquel on dit que, dans la société moderne, tout le monde devant être rétribué suivant sa valeur et sa peine, il est immoral d'utiliser pour le service de la société, des dévouements presque gratuits, inspirés soit par un idéal étranger aux conventions sociales, soit par une arrière-pensée étrangère à l'intérêt des malades.

Il est évidemment anormal que l'Assistance publique accepte, pour une aumône dérisoire, les soins des communautés mues par le désir de gagner le ciel ou de convertir les âmes, — comme ceux du corps médical, pour une indemnité ridicule et avec le sous-entendu d'avantages honorifiques ou scientifiques.

Mais, si le principe est juste, il faut reconnaître qu'il a été appliqué avec une rare maladresse, avec une précipitation que rien ne justifie, et qu'explique seulement la passion politique. N'eût-il pas mieux valu laisser les communautés, dont le recrutement devient de plus en plus difficile, s'éteindre d'elles-mêmes, et, pendant ce temps là, préparer un personnel laïque à la hauteur de sa mission, c'est-à-dire ayant l'instruction, à défaut de l'idéal, pour soutien dans une tâche aussi délicate que celle de soigner les malades ?

Les dernières laïcisations opérées avaient déjà fait sentir l'insuffisance du personnel laïque, puisque des médecins et des chirurgiens qui, il y a deux ans, s'étaient déclarés partisans de la laïcisation, viennent de manifester tout récemment leur répugnance actuelle pour l'achèvement immédiat de cette transformation. L'Administration eût donc mieux fait, suivant nous, de n'avancer qu'avec circonspection dans la voie de la laïcisation définitive, au lieu de s'y précipiter aveuglément.

Académie de médecine (*Séance du 29 décembre.*)

Le Président annonce la mort de M. *Parise*, professeur à la Faculté de Lille, membre associé depuis 1884; il avait fait d'intéressants travaux sur la coxalgie et sur l'étranglement intestinal par nœuds diverticulaires.

M. *Galezowski* a lu un mémoire sur les **rapports de l'épilepsie avec la névrite optique** et sur la guérison des accidents convulsifs par l'énucléation de l'œil malade.

Un homme jeune encore avait perdu un œil par accident de chasse; on avait amputé l'hémisphère antérieur et l'œil n'était plus qu'un moignon depuis six ans, lorsque l'autre œil fut atteint de névrite optique; en même temps se montraient des accidents épileptiques d'une extrême violence. Il avait des crises de céphalalgie précédées de vomissements.

Sur l'avis de confrères autorisés, M. Galezowski enleva le moignon ancien de l'œil blessé, et depuis lors le malade a vu disparaître tous les accidents cérébraux comme tous les troubles oculaires de l'autre œil.

M. Galezowski admet que le mécanisme réflexe et sympathique pour la genèse de ces accidents d'ophtalmie sympathique. Quant aux accidents urétraux, ils ont dû résulter de la production soit dans les méninges, soit dans une partie quelconque de la substance cérébrale et des bandelettes optiques, une lésion analogue à celle de la papille: thrombose des vaisseaux et infiltration des fibres nerveuses. Les voies de transmission du processus dit sympathique doivent être plutôt, d'après M. Galezowski, les parois des vaisseaux sanguins, les nerfs vaso-moteurs que les vaisseaux lymphatiques dont l'existence n'est nullement démontrée le long du nerf optique; il s'agit de thromboses et d'endartérites.

MÉDECINE PRATIQUE

L'infection ourlienne.

COMPLICATIONS DES OREILLONS, OREILLONS GRAVES.

Un des traits les plus caractéristiques de l'évolution des idées médicales au XIX[e] siècle est la tendance à rayer de plus en plus du catalogue nosologique les *maladies locales*, les maladies d'organes. A l'encontre de ce que pensent certains profanes, ou de ce que disent d'aucuns malicieux les progrès de la médecine n'ont donc pas consisté à découvrir à notre pauvre humanité des maladies nouvelles, mais bien a en diminuer le nombre.

La conception des *maladies générales* et la ré-

duction de leur pathogénie à un nombre restreint de processus (infection, intoxication, perversions diathésiques de la nutrition, etc.) est la conquête peut-être la plus honorable pour l'esprit médical contemporain, et aussi la plus féconde en applications pratiques au point de vue de la prophylaxie et de la thérapeutique. Si l'astronomie est une science si belle, c'est que quelques génies supérieurs ont su de bonne heure dégager de la multiplicité des phénomènes, un petit nombre de grandes lois simples qui les régissent.

Pour citer en exemple une maladie qui a été longtemps considérée comme exclusivement localisée à un organe, capable tout au plus de perturber par *sympathie* ou *métastase* d'autres organes de l'économie, — les oreillons se trouvent être aujourd'hui un type de maladie générale, infectant l'organisme dont elle frappe un grand nombre de points successivement ou simultanément. Ce n'est plus dans le chapitre des parotidites que les pathologistes inscrivent maintenant les ourles ; chaque jour l'observation clinique apporte une confirmation nouvelle de leur nature infectieuse ; on a dit d'abord timidement la fièvre ourlienne, on peut dire hardiment aujourd'hui l'infection ourlienne. Les déterminations multiples du poison ourlien nous sont de mieux en mieux connues, quelques-unes cependant ne le sont pas encore de tous les médecins et il est opportun d'en faire l'inventaire.

I

Les grands appareils circulatoire, respiratoire, nerveux, urinaire, sont frappés par l'affection ourlienne, presque aussi fréquemment que le système glandulaire. Comme le disait avec grande raison un observateur distingué, M. R. Longuet, qui, en sa qualité de médecin militaire, a étudié avec prédilection les oreillons — ceux-ci sévissant fréquemment dans l'armée à l'état épidémique — « la parotidite ne représente pas plus toutes les ourles que la splénomégalie ne résume l'impaludisme (1). »

L'exemple le plus connu des manifestations ourliennes sur des organes glandulaires autres que les glandes salivaires, c'est *l'orchite*. Sa fréquence est attestée par la proportion de 25 pour 100 des cas d'oreillons, sur une statistique de plus de 1,500 cas ; sur 6 cas d'orchite, une fois elle se montre double, et l'éventualité si regrettable d'une atrophie testiculaire plus ou moins complète, signalée depuis longtemps, ne serait réalisée que 5 fois sur 9 cas d'orchite ourlienne. Ces chiffres conduisent à la conclusion que, sur 80 sujets atteints des oreillons, un seul est menacé d'une orchite atrophique double. Certains médecins militaires ont donc peut-être un peu noirci le tableau qu'il nous ont fait de l'infortuné soldat qui, devenu impuissant par suite d'une double atrophie testiculaire, prend peu à peu l'aspect féminin, au point de devenir un sujet de raillerie pour ses camarades, et d'être réduit au suicide ou à la désertion, si on ne le renvoie dans ses foyers. M. Longuet nous affirme que ces cas sont d'une excessive rareté.

On a signalé la *mammite*, l'*ovarite* et la *vulvo-vaginite* ourliennes. La première est surtout prouvée. L'*uréthrite* a été citée par plusieurs auteurs, mais, parmi les observations qu'ils ont rapportées, il en est plus d'une qui laisse place au doute sur la nature ourlienne du catarrhe uréthral. Il n'est pas, d'ailleurs, plus difficile d'admettre que les glandes uréthrales ou juxta-uréthrales de Littré, de Méry et de Cooper puissent subir la fluxion ourlienne, alors que la *prostate* a été vue par Gosselin doublée de volume, et revenue en quelques jours à l'état normal, dans un cas d'oreillon. Mentions ont été faites de cas d'oreillons au cours desquels s'étaient montrées la *cystite*, la *strangurie*, la *rétention d'urine* ou la *polyurie*.

Mais l'intérêt de toutes ces manifestations possibles de l'affection ourlienne est bien mince à côté de celui que présente l'existence fréquente de l'*albuminurie*, révélatrice d'une néphrite aiguë, et estampille de la nature infectieuse des ourles. Elle a été longtemps méconnue, cette albuminurie, parce qu'on ne la recherchait pas; mais c'est à elle qu'il convient de rapporter l'anasarque, ou la simple bouffissure de la face avec dyspnée, céphalée, troubles visuels et accidents nerveux, suivis de mort quelquefois, d'autres fois jugés en quelques jours par une crise sudorale ou une diurèse abondante, faits dont plusieurs observateurs anciens ont laissé la relation. — Nous avons maintenant la preuve irréfragable de l'existence relativement fréquente d'une irritation rénale et même d'une vraie néphrite dans les cas graves, par la constatation de l'albumine, des hématies, des cylindres épithéliaux.

Il s'agit là, sans nul doute, d'une de ces néphrites infectieuses, résultant de l'élimination par les reins du poison infectieux, ainsi que l'a établi M. Bouchard, — véritable décharge par les reins des microbes pathogènes dont l'organisme est encombré. — Dans un cas d'oreillons graves, dont nous parlerons de nouveau plus loin, et qui a été rapporté dans la thèse de Karth, élève de M. Bouchard, des bactéries et des spores se rencontraient en nombre considérable dans l'urine, au moment où l'albumine s'y trouvait au maximum, pour diminuer et disparaître avec celle-ci. M. Bouchard trouvait dans la salive, en même temps que dans l'urine, des micrococques et les cultivait; d'autres élèves de notre maître, Capitan et Charrin, en ont vu dans le sang, et Netter, examinant simultanément et le sang et le liquide extrait par ponction de la tumeur parotidienne, chez un malade du service de M. Jaccoud, en a observé également.

Sans doute la preuve rigoureuse, au sens pastorien du mot, n'est pas faite de la spécificité des microbes décrits par nos collègues, puisque les cultures ne suffisent pas pour la détermination du rôle pathogénique d'un microbe, et que la démonstration de la spécificité exige la reproduction de la

(1) *Union médicale*, 1885.

maladie après inoculation. Mais l'existence d'une néphrite infectieuse au cours des cas graves d'oreillons est une notion désormais acquise.

II

Les voies respiratoires peuvent être affectées dans la maladie ourlienne comme dans toutes les maladies générales, et dans les écrits des plus anciens observateurs, dans la description même que donne Hippocrate de l'épidémie d'oreillons de l'île de Thasos, mention est faite de la toux et de la raucité de la voie.

Il y a, en effet, *du catarrhe bronchique* et *laryngo-bronchique* dans un certain nombre de cas d'oreillons ; cela n'est pas sans intérêt à la période d'invasion, puisque le diagnostic avec les autres fièvres éruptives est à faire, et notamment avec la rougeole, au cas où l'existence d'une *angine érythémateuse*, de la toux dite croupale, et de la fièvre, est constatée avant que la fluxion parotidienne ne se soit manifestée.

Plus souvent que l'angine, la *stomatite* avec sécheresse de la bouche accompagne l'engorgement des glandes salivaires.

Il faut encore faire entrer la *broncho-pneumonie* en ligne de compte parmi les complications possibles, quoique très rares, de certains cas d'oreillons.

Les complications, ou pour parler plus exactement, les manifestations cardiaques présentent un haut intérêt, elles sont de connaissance récente. Trois faits dominent: *le ralentissement du pouls*, la tendance aux *syncopes* et aux *lipothymies*, l'*endopéricardite*, qui, bien que plus rare, doit être prise en grande considération, ainsi que M. Jaccoud l'a montré dans une clinique de la Pitié.

« Il est de règle, dit ce maître, que l'endocardite qui se développe dans le cours des maladies aiguës, ne donne lieu à aucun symptôme qui attire l'attention sur le cœur ; jusqu'à production d'accidents graves, elle ne se révèle que par les signes stéthoscopiques ; elle est donc nécessairement méconnue, si l'on ne procède journellement à l'examen du cœur. » — Au début d une endocardite ourlienne, l'auscultation peut ne révéler aucun bruit anormal, mais la palpation dans la région de la pointe montre que le choc est trop énergique, trop prolongé et qu'il a nn caractère manifestement vibratoire. — L'expérience a appris à M. Jaccoud que ces phénomènes sont les signes les plus précoces d'une endocardite mitrale en préparation, et bientôt, en effet, l'apparition d'un bruit de souffle vient confirmer la réalité de celle-ci.

L'existence d'une endocardite méconnue peut expliquer certains cas de mort au cours de l'affection ourlienne, alors qu'il y avait eu des étouffements. des syncopes, et que l'autopsie n'a pas révélé dans d'autres organes de lésions assez importantes pour tuer le malade.

Mais les troubles cardiaques les plus fréquents, dans les oreillons d'une certaine gravité, sont les syncopes, les lipothymies, et surtout un ralentissement très marqué des battements de cœur, coïncidant en général avec la résolution des oreillons et la chute de la température qui, après avoir été élevée ou même excessive, peut tomber au-dessous de la normale. Le ralentissement du pouls était, d'après Servier, un fait constant, du 5e au 6e jour, dans l'épidémie de Bayonne (1878). Le nombre des pulsations, dans quelques cas, a été de 48, 46 et même 44 par minute avec quelques intermittences, et cette lenteur de la circulation a été quelquefois d'une certaine durée.

D'ailleurs la *fièvre*, qui, dans les oreillons vulgaires et bénins, est habituellement insignifiante, caractérise par son intensité la gravité des cas ; Karth résume ainsi les opinions des principaux observateurs. « Lorsque la fièvre accompagne la fluxion parotidienne, son intensité est variable : les chiffres de 39° à 39°,5 ne sont pas rares, et les chiffres de 40° et au-dessus ont été observés exceptionnellement. L'apparition de la fièvre est toujours précoce. Son intensité est à peu près proportionnelle à l'intensité des symptômes locaux dans les cas normaux et réguliers. Elle tombe alors, en général, avant la disparition du gonflement, quelquefois dès que celui-ci est effectué. Enfin la défervescence est généralement assez brusque. »

Il faut, par contre, se défier des cas dans lesquels il existe de l'hyperthermie avec des localisations fluxionnaires modérées et peu nombreuses ; c'est là un des caractères de l'état infectieux. « La fièvre ourlienne, dit encore Karth, a une marche cyclique évoluant entre 3 et 7 jours, ne se prolongeant que rarement plus longtemps : elle se compose souvent de deux cycles fébriles surajoutés l'un à l'autre, le second commençant avant que le premier soit entièrement terminé. Ce second cycle correspond à une nouvelle poussée, soit sur la même glande qui est le siège d'une nouvelle fluxion, soit sur la glande de même nom du côté opposé, soit encore sur le testicule, si c'est la parotide qui a commencé, ou inversement. »

C'est souvent dans les cas où la fièvre accompagne l'orchite ourlienne qu'elle revêt l'*aspect typhoïde* signalé par tous les auteurs : abattement, langue sèche, fuliginosités des lèvres, diarrhée. Les symptômes typhoïdes peuvent être le prélude d'accidents cérébraux proprement dits, convulsifs, délirants ou comateux, dont la pathogénie n'est d'ailleurs pas toujours la même, puisqu'ils peuvent être sous la dépendance d'un raptus congestif sur l'encéphale et les méninges ou de l'urémie par néphrite.

Il est un symptôme dont la constatation est d'une valeur nosologique et pronostique considérable, c'est la *tuméfaction de la rate*, que peu d'auteurs ont signalée, parce qu'on ne la recherchait pas, jusqu'au jour où la nature infectieuse des oreillons a été admise. Mais, depuis qu'on est averti, on l'a trouvée dans les cas graves, M. Jaccoud comme M. Bouchard, comme MM. Colin, Gerhardt et Lichtenstein. On sait que la splénomégalie accompagne la plupart des états infectieux.

III

Les **organes des sens** et leurs annexes ont présenté des lésions, légères ou graves, passagères ou durables, dans un grand nombre d'observations d'oreillons.

Pour l'*appareil visuel*, signalons la blépharite, la conjonctivite et la kérato-conjonctivite; l'inflammation, ou tout au moins la fluxion de la glande lacrymale, avec œdème palpébral et kémosis (Karth); puis la congestion rétinienne, et même la névrite optique (Tallon); ou de simples troubles fonctionnels comme l'héméralopie, l'amblyopie, la dyschromatopsie.

Mais c'est sur l'APPAREIL AUDITIF que les oreillons ont une fâcheuse tendance à porter leur action. De récents et importants travaux bien résumés par M. Eloy (*Union médicale*, 1885), il ressort que la *surdité*, ou cophose ourlienne, a souvent pour caractères une apparition rapide, inattendue, presque subite, débutant rarement avec la fièvre, plus souvent dans les deux et trois premiers jours, ou vers le sixième ou huitième ou enfin vers le quinzième jour, pendant la convalescence. Or cette surdité est aussi souvent bilatérale qu'unilatérale, sans prédilection pour un côté plutôt que pour l'autre et sans corrélation avec la localisation parotidienne.

Elle peut apparaître *d'emblée*, sans signes objectifs, ni symptômes prémonitoires, sauf quelquefois des bourdonnements ou sifflements.

Mais plus souvent on a noté en même temps des troubles divers: vertiges, état nauséeux, déséquilibration allant de la démarche chancelante à la chute même, *forme vertigineuse* qui rappelle le syndrôme de Ménière ou vertige labyrinthique. Il importe de savoir que cette surdité peut être définitive et irrémédiable, heureusement il existe quelquefois des surdités passagères, surtout pendant la convalescence.

L'otorrhée a été vue au cours des oreillons, mais ce n'est nullement la cause de la surdité ourlienne qui parait beaucoup plutôt résulter d'une lésion portant primitivement et directement sur l'appareil récepteur des sensations auditives, sous l'influence de la maladie générale.

IV

Il nous reste à résumer le sens de cet article, qui n'a nullement la prétention de retracer l'histoire de la maladie ourlienne.

Nous avons voulu seulement, d'abord, mettre en regard de la description classique, banale et connue de tous, des oreillons qui ne donnent guère d'embarras au médecin, ni au point de vue du diagnostic, ni à celui du pronostic, ni à celui du traitement, l'existence de déterminations et complications multiples qui peuvent, à un certain moment, venir le dérouter.

Nous avons voulu aussi mettre en pleine lumière la notion de la nature infectieuse des oreillons qu'attestent si vivement les cas graves et mortels.

Car on peut mourir des oreillons, et les CAUSES DE LA MORT sont: la *méningite*, l'*asphyxie mécanique* résultant d'un œdème de la glotte ou d'une compression de la partie supérieure des voies aériennes par une excessive tuméfaction péri-parotidienne, la *syncope*, *l'urémie*, *la broncho-pneumonie* même.

Jusqu'ici, deux types d'oreillons graves, toxiques, ou hypertoxiques, comme on dit pour désigner les formes les plus malignes de la diphtérie, se dégagent des observations que MM. Jaccoud et Bouchard ont fait connaître.

Dans celui de M. Jaccoud, cycle fébrile prolongé avec persistance d'nn plateau thermique élevé alors que les processus locaux étaient pleinement développés depuis plusieurs jours et qu'aucune inflammation organique nouvelle n'était survenue. — Tuméfaction de la rate — albuminurie — endo-péricardite — état général alarmant par la disproportion de sa gravité avec le nombre et la profondeur des processus locaux.

Chez le malade de MM. Bouchard et Karth — prodromes de courte durée consistant en épistaxis, céphalalgie, inappétence, insomnie; — gonflement énorme du cou, de la face, des conjonctives oculaires et palpébrales; — sécheresse de la bouche et angine érythémateuse avec desquamation; — envahissement simultané d'abord, puis successif, en une seconde poussée, des glandes parotides, sous-maxillaires et lacrymales, — l'albuminurie, — tuméfaction de la rate — une fièvre intense avec symptômes analogues à ceux des fièvres graves; — défervescence du 7e au 8e jour; ralentissement du pouls pendant la convalescence.

Rares encore sont les formes actuellement connues d'oreillons graves; mais nous inclinons à penser avec M. Jaccoud que « le bilan de cette forme morbide n'est pas aussi pauvre », que les faits de ce genre ne sont pas exceptionnels, et que l'observation clinique permet de rencontrer une série graduée de cas reliant les oreillons graves aux oreillons légers. « La maladie est une dans son essence, elle ne varie que par les conditiont de l'organisme qui la réalise; le caractère infectieux d'une maladie n'exclut pas heureusemen les formes atténuées. » S'il est vrai que les oreillons graves sont plus fréquents qu'on ne le croit, notre étude a le droit de s'intituler pratique et échappe à la critique de l'adage médical: « *Rara non sunt artis.* »

V

Si le médecin peut se contenter, dans les cas d'oreillons simples, de restreindre la THÉRAPEUTIQUE au minimum (séjour à la chambre, onctions ou liniments résolutifs au niveau des glandes tuméfiées, régularisatio ndes fonctions gastro-intestinales par un vomitif ou un purgatif), il n'en est plus de même dans les cas graves sur lesquels nous avons appelé l'attention.

Une médication énergique est alors de rigueur,

et les armes que nous devons manier hardiment sont les antipyrétiques et les antiseptiques. La quinine, l'acide salicylique, l'acide phénique, ont été employés par M. Bouchard dans le cas dont nous avons parlé ; notre maître avait prescrit :

1° une potion avec rhum... 50 grammes.
Acide phénique........... 0,50 centigr.

2° Sulfate de quinine....... 2 grammes.
Acide salicylique........ 2 grammes.

en 8 paquets, pour en administrer un d'heure en heure.

Le soir même on constatait une notable amélioration de l'état général.

M. Jaccoud avait ordonné à son malade, 2 gr. de bromhydrate de quinine pour combattre l'hyperthermie; le lendemain, n'ayant pas vu la situation s'amender (il est vrai que la moité du médicament avait été vomie), prenant d'autre part en considération le caractère fluxionnaire de la maladie, l'âge et la constitution du sujet qui avait dix-neuf ans et était robuste, il lui prescrivit 0, 40 centigr. de tartre stibié dans un julep, à prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure. Les effets évacuants furent très complets, l'action antithermique et résolutive ne fut pas moindre, puisque la température descendait le lendemain et était normale le surlendemain.

Lichtenstein recommande aussi la quinine, l'acide salicylique et même les bains froids dans les cas d'hyperthermie. Quelques bains tièdes graduellement refroidis suivant la méthode que nous avons indiquée récemment pour la fièvre typhoïde vaudraient peut-être mieux encore.

Si le malade présente des syncopes, le café noir ou la caféine seront utiles.

Si l'anasarque et l'urémie survenaient, les drastiques (jalap, scammonée), sous la menace de dangers pressants, le régime lacté, la saignée seraient au besoin indiqués.

En cas d'œdème de la glotte ou d'asphyxie mécanique par compression des voies aériennes, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la trachéotomie.

PAUL LE GENDRE.
(*Paul Gerne*).

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr MARGUERITTE, président; M. CÉZILLY, vice-président; MM. DESTREM, MILET, assesseurs; M. BARAT-DULAURIER, secrétaire-trésorier.

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle

Séance du 27 octobre 1885

Les membres du syndicat se sont réunis à Vailly le mardi 27 octobre 1885. Après un déjeuner confraternel à l'hôtel Moreau, la séance eut lieu chez M. Ancelet à 2 heures précises.

Etaient présents MM. Dulieu, Ancelet, Lécuyer, Godart, Wimy, Bracon, Dupré Deligny, Delaporte.

Excusés par lettres, MM. de Châteaubourg, et Bourg.

Empêchés au dernier moment et excusés par dépêches. MM. Gaillart et Faille. La séance déclarée ouverte, M. Dulieu, président donne la parole au secrétaire au nom du bureau dernièrement réélu.

M. Lécuyer s'exprime ainsi : « Mes chers confrères, je suis chargé, par mes collègues du bureau que vous avez renommé entièrement, à la dernière séance, de vous remercier de cette nouvelle marque de confiance ; nous vous en sommes tous reconnaissants.

Au commencement de notre *quatrième* année de syndicat, nous faisons appel à tous nos confrères pour travailler et faire mettre à l'ordre du jour de nos séances, le résultat de leurs travaux, qui doivent tous tendre au rehaussement de notre profession, et à l'amélioration de nos honoraires trop souvent sacrifiés à la nécessité de vivre, ou à la crainte de la concurrence.

Avec les syndicats, tout cela doit cesser, et nous devons de plus en plus nous sentir les coudes et nous rendre solidaires.

Du reste la voie qu'a suivie le Syndicat depuis sa fondation, le bien qu'il a déjà fait, tout cela permet de bien augurer de ce qu'il pourra encore faire ; mais, nous le répétons, *avec le concours de tous*, sur lequel nous comptons formellement. » (*approbation*).

M. le Président donne la parole à M. Dupré qui s'exprime ainsi : « J'appelle l'attention de mes confrères sur un fait qui m'est personnel concernant la question des honoraires.

Un de mes malades était atteint d'une fluxion de poitrine ; il guérit, bien que ce fût un alcoolique impénitent. Trois semaines après, à la suite de chagrins domestiques, et surtout à cause du mauvais état de ses affaires, il se pendait. Je rédigeai le certificat de décès et enfin j'envoyai ma note d'honoraires au notaire. Celui-ci me répondit que ce n'étaient point là des frais de dernière maladie, car le malade avait bien guéri et qu'en conséquence il ne m'était dû que les frais du certificat de décès. Je fais remarquer au notaire que, bien que je puisse ne pas avoir raison en droit strict, cependant, si l'on tient compte des circonstances, il était évident que j'aurais eu avantage à laisser mourir mon malade, afin de m'assurer le paiement de mes honoraires !

Je voulus alors élucider la question de droit sur les privilèges des médecins, et je soumis la question à M. *Lordereau*, conseil judiciaire du *Concours*, qui me répondit : « La question soumise par M. le Dr Dupré est fort controversée. Des auteurs considérés et notamment M. *Paul Pont*, président de chambre honoraire à la Cour de Cassation sont d'avis que les frais de la dernière maladie, même si elle n'a pas entraîné la mort, doivent jouir du privilège de l'art. 2101.

Toutefois, ces auteurs ne prévoient que le cas où le débiteur serait tombé en faillite ou en déconfiture, à la suite et dans l'année de la maladie dont les frais sont réclamés comme privilégiés. Aucun d'eux ne prévoit le cas où le débiteur se serait, comme dans le cas particulier, donné la mort. Je suis d'avis que ce cas doit être assimilé au cas de faillite ou de déconfiture, prévu par les auteurs précités. Malheureusement, la jurisprudence, du moins dans les tribunaux d'ordre supérieur, n'a jamais eu la question à trancher. Je n'ai trouvé qu'un seul jugement du tribunal de commerce de la Seine qui est contraire à l'avis précité (cas de faillite).

Je crois donc prudent de ne pas engager un procès dans le cas présent.

Mais il y a là une question fort importante pour les médecins, et qu'ils feront bien de porter à la Cour de cassation, dès que la loi, ou une nouvelle jurisprudence, leur auront reconnu le droit de se syndiquer. »

Je suis de cet avis, continue M. Dupré, il serait bon que les médecins députés s'occupassent un peu de ce qui concerne leurs confrères et qu'on obtînt enfin un article 2101 clair et précis, car il est peu probable que le cas que je soumets soit isolé, et, trop souvent, on abandonne son droit, dès qu'on a lieu de douter d'une solution favorable. »

Le syndicat, après en avoir délibéré, à l'unanimité, est de l'avis de M. Dupré et charge le Bureau de saisir de cette question l'Union des syndicats, aussitôt que notre droit sera reconnu par la loi.

M. le Président donne la parole à M. Lécuyer: « Je pense, mes chers confrères, qu'il faut profiter du renouvellement de la Chambre des députés et de l'entrée au Parlement, pour le département de l'Aisne, d'un de nos confrères distingués de *Vervins*, le Dr *Dupuy*, pour tâcher d'obtenir enfin la reconnaissance, par la loi, de notre droit de nous syndiquer. Il serait singulier que la loi refusât aux professions libérales, et en particulier à la profession médicale, mise si souvent à contribution par toutes les administrations (et avec quel tarif!) le droit primordial qu'ont tous les travailleurs de s'associer pour discuter leurs intérêts.

J'ai trouvé ces jours-ci, dans *Rabelais*, un passage *bien gaulois*, où l'on parle de *Syndicat*, mais qui n'a rien de médical. Cependant l'idée de syndicat s'y trouve, et Rabelais ayant été médecin, je vous demande la permission de le citer :

« Mon amy (dict Panurge) les damoysellés de cette ville avaient trouvé, par instigation du diable d'enfer, une manière de colletz ou cachecoulx à la haulte façon, qui leur cachait si bien les seins, que l'on n'y pouvait plus mettre la main par dessoulz ; car la fente d'iceulx elles avaient mise par derrière et estoyent tous cloz par devant, dont les pauvre amans, dolens, contemplatifz, n'estoyent conttents. Un beau jour de mardy, j'en présentay requeste à la court, me formant partie contre lesdites damoyselles et remontrant les grands interetz que je y prendroys, protestant que à mesme raison, je ferai couldre la braguette de mes chausses au derrière, si la court n'y donnait ordre. Somme toute, *les damoyselles formèrent un Syndicat*, monstrèrent leurs fondemens et passèrent procuration à défendre leur cause ; mais je les poursuivy si vertement que par arrest de la court fut dict que ces haulx cachecoulx ne serayent plus portez sinon qu'ils feussent quelque peu fenduz par devant. » (*hilarité*).

Je vous demande pardon de cette citation.

Mais retenons-en que, de tout temps, l'union et l'association ont toujours fait la force.

M. le président propose de confier à M. Lécuyer le soin d'écrire officiellement à notre confrère Dupuy, député de l'Aisne, mais engage tous ses collègues de la Marne ou de l'Aisne à insister auprès des députés de leur département, qu'ils peuvent connaître, pour obtenir le vote rapide de la loi.

Adopté.

La séance prochaine est fixée à Mars 1886.

Elle aura lieu à Fismes.

Ordre du Jour :

1° De la Création d'un Ordre des médecins

2° Loi sur les sociétés de secours mutuels.

3° Forme des lettres de recouvrement pour la taxe de 0,05 ou de 0,15 centimes.

La séance est levée à 5 heures.

Pour copie conforme : Dr M. Lécuyer (*de Beaurieux* (*Aisne*)

Syndicat médical de Coutras.

Assemblée générale du 4 décembre. Présidence du Dr Causssade, Président.

La séance est ouverte à deux heures. Un certain nombre de confrères éloignés, retenus par le temps affreux qui règne depuis vingt-quatre heures, sont excusés.

En ouvrant la séance, M. Caussade rappelle à scs confrères que le mandat de l'ancien bureau est expiré et qu'il y a lieu de procéder à de nouvelles élections. « Mais auparavant il a un devoir à remplir. Il doit faire part au Syndicat de la perte douloureuse qu'il vient de faire dans la personne du Dr Dallidet, de Laroche-Chalais (Dordogne). C'est la seconde que nous avons à enregistrer depuis la fondation de notre Syndicat.

M. Dallidet, après avoir, pendant de longues années, exercé la médecine avec autant de dévouement que de distinction, a été enlevé à l'affection des siens et de ses nombreux amis, après une longue et douloureuse maladie. Avertis à la dernière heure seulement, ni le président du Syndicat de Coutras, ni le vice-président n'ont pu rendre, à notre regretté confrère, les derniers devoirs. Seuls les confrères les plus voisins ont pu représenter le Syndicat aux funérailles du Dr Dallidet.

Dallidet fut un de nos adhérents de la première heure. Nous avons tous pu apprécier ses rares qualités, et nous nous souviendrons avec quel esprit de droiture il sut accepter les décisions du syndicat dans des conditions où il paraissait difficile de voir s'apaiser un conflit regrettable. Sa franchise, sa dignité, sa fermeté, son esprit conciliant, lui avaient valu vos suffrages, et vous en aviez fait un de vos vice-présidents.

A tous ces titres, je vous propose de charger notre secrétaire de transmettre l'expression de nos regrets, en même temps que de nos sympathies, au fils de notre regretté confrère qui exerce lui-même la médecine, avec distinction, à Bordeaux. »

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Il est ensuite procédé à des élections pour la reconstitution du Bureau. Sont nommés: *Président* : M. le Dr Caussade ; — *vice-présidents*: MM. les Drs Barat-Dulaurier et Deluze ; — *assesseurs* : MM. les Drs Busquet et Guignard ; — *secrétaire-trésorier* : M. le Dr Chayron.

Le président, après avoir remercié ses confrères au nom du nouveau Bureau, rend compte d'une réunion tenue à Bordeaux, par les délégués de l'Union des syndicats médicaux du département, et le conseil d'administration de l'Association, à l'effet de s'entendre sur la création de cours de déontologie, proposés par M. B.-Dulaurier. Le conseil de la société locale a pensé comme nous, que cette institution pourrait avoir des conséquences très avantageuses pour le corps médical. Les délégués des syndicats et les membres du conseil d'administration sont d'accord sur le principe, et lAssociation locale aura prochainement à donner son avis qui, certainement, sera favorable à l'idée émise par notre confrère.

Nous pouvons donc espérer que l'entente se fait aussi sur les voies et moyens et que bientôt nos jeu-

nes confrères, en quittant les bancs de l'école de Bordeaux, pourront être à l'abri de ces hésitations du début qui souvent les poussent à méconnaître les devoirs que la profession leur impose.

M. Barat-Dulaurier expose à ses confrères que dans une réunion tenue à Bordeaux le 4 décembre, l'Union des Syndicats médicaux de la Gironde, convoquée en session extraordinaire, a accueilli favorablement une proposition faite à son nom et au nom de M. Lasalle, président du Syndicat de l'arrondissement de Bordeaux, qui a en été le véritable inspirateur.

Il s'agit d'inviter à un banquet, pendant les vacances parlementaires, les sénateurs et députés du département, afin de leur exposer les vœux du corps médical, relativement aux réformes à introduire dans la législation. (Projet Chevandier, article additionnel Lyonnais à la loi du 21 mars 1885. Organisation de l'Assurance médicale dans les campagnes).

Il est bien entendu qu'il ne s'agit, en aucune façon, d'une manifestation politique, et, par conséquent, tous nos confrères, quelle que soit leur foi politique, pourront assister à ce banquet.

L'Union des Syndicats a pensé qu'il était convenable d'inviter le conseil d'administration et l'Association des médecins de la Gironde à se joindre aux Syndicats, afin d'affirmer l'entente qui existe, relativement à nos besoins, dans le corps médical Girondin tout entier.

Elle a décidé, en outre, que les membres des Syncats faisant partie de l'Union, Girondins et étrangers au département, seraient invités à assister au banquet.

M. Dulaurier prie ensuite le Syndicat de voter des fonds qui, ajoutés à ceux votés par l'Union et les autres Syndicats, seront destinés à l'organisation du banquet et à la réception de nos honorables convives. — Les crédits demandés sont votés.

M. B. Dulaurier expose ensuite la mesure prise par l'Assemblée générale du *Concours*, tenue à Paris le 9 août dernier. Il rappelle que le *Concours-Journal*, redevenu propriété privée de M. Cézilly, ne sera servi qu'aux abonnés, sauf le cas où il contiendrait des communications intéressant la *Société civile le Concours*, dont il reste l'organe officiel.

Mais le Bulletin des Syndicats, grâce à une combinaison ingénieuse de M. Cézilly, continue à paraître et sera servi régulièrement à tous les membres des Syndicats dont la liste aura été fournie au bureau. Ce tirage à part entraîne des frais assez considérables et, pour les couvrir en partie, l'Union des Syndicats médicaux de France a décidé de demander à chaque Syndicat que la cotisation de 1 fr. par membre fût désormais portée à 2 francs.

Le syndicat médical de Coutras, adhérent à l'Union des syndicats médicaux de France, considérant que le bulletin des syndicats est une publication où les questions d'intérêt professionnel sont examinées à tous les points de vue; qu'il répond. en conséquence, à un besoin réel et aux tendances du corps médical de notre époque;

Vote les 2 fr. par membre demandés par M. Dulaurier. au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France.

Il est ensuite donné communication au Syndicat d'une lettre du maire de Coutras accompagnant une note officielle de la Sous-préfecture, demandant entre autres choses :

a Le nombre des membres adhérents au Syndicat professionnel médical;

b Le montant de l'actif.

Ces exigences paraissent dépasser les prescriptions de la loi du 21 mars 1884. M. Dulaurier propose de soumettre l'examen de ces questions au conseil judiciaire de l'Union des Syndicats et de lui demander son avis (sus publié). En attendant il s'est chargé de répondre à M. le maire de Coutras.

Un certain nombre de confrères émettent le vœu de voir changer les jours réglementaires de nos réunions qui sont tenues toujours un dimanche. — Ils font observer que ce jour-là est précisément celui où les médecins de la campagne reçoivent leurs clients en plus grand nombre et que leur absence de leur cabinet est un véritable préjudice sans avantage pour personne. On pourrait choisir un jour de semaine à la convenance de tous les syndiqués. Après échange d'observations, il est décidé que les réunions seront tenues désormais le deuxième mardi du mois.

— La question des amendes pour absence non légitime est de nouveau examinée ; après discussion il est admis qu'il y aura lieu désormais de les appliquer. Mais, lors des convocations, le secrétaire devra faire observer que la présence aux réunions est obligatoire pour tous, et que l'absence non justifiée entraînera, de plein droit, l'application de l'amende prévue par les règlements intérieurs. Cette amende sera recouvrée par la poste comme les cotisations en retard.

M. B. Dulaurier lit ensuite un travail sur le *Secret médical en matière de certificats de décès.* (ser publié)

A cinq heures, la séance est levée, et un banquet confraternel, auquel les *absents* ont eu doublement tort de ne pas assister, a réuni autour d'une table bien servie par l'hôtel du Lion d'or, les nombreux confrères qui avaient répondu à la convocation de notre secrétaire, et aux quels avait bien voulu se joindre notre excellent confrère et ami, le Dr Duteuil, président du syndicat médical de Libourne.

Récompenses aux membres du « Concours. »

Parmi les récompenses décernées par l'Académie de médecine, MM. les Docteurs Lacourtiade, à *Blaye*, et Mantel, à *Saint-Omer*, ont obtenu la médaille d'argent.

— MM. les Docteurs Descol, d'*Hazebrouck*, et Evrard, de *Beauvais*, rappels de médailles d'argent.

— Les Docteurs de Font-Réaulx, de *Saint-Junien*, Robin, de *Loudéac*, et Reumaux de *Dunkerque*, la médaille de bronze.

— M. le docteur Liégeois, de *Bainville-aux-Saules* a obtenu le Prix Portal : et le Dr Gauthier, de *Charolles*, la mention honorable.

— Le Dr Miquel, de *Paris*, a obtenu une mention dans le prix Vernois.

— Dans le service de l'hygiène de l'Enfance, la médaille d'or a été accordée aux Drs Gibert, du *Havre*, et Sagnier, à la *Grand'Combe*.

— La médaille d'argent aux docteurs Séjournet à *Revins*, Capelle à *Hermies*, Gassot à *Chevilly*.

— La médaille de bronze au Dr Sordes, de *Tarare*.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

9 Janvier 1886. — No 2. — 8me année

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Nous nous étions trop hâtés de louer le Conseil Supérieur de l'instruction publique d'avoir proposé au ministre de décréter la mise en retraite des professeurs des Facultés à 70 ans. Des renseignements plus complets nous sont parvenus, et il faut reconnaître que la mesure proposée, bien loin d'être louable, est d'une injustice notoire ; il parait en effet que les professeurs qui auront atteint 70 ans, ne seront mis à la retraite que sur la demande du Conseil Supérieur et s'il convient au ministre, c'est-à-dire si le conseil et le ministre estiment également que le professeur est devenu incapable de continuer plus longtemps sa tâche.

Qui ne sent combien une telle mesure sera révoltante ?

La limite d'âge, s'imposant uniformément à tous sans distinction, était une mesure utile à l'enseignement et qui, par son uniformité même, n'avait rien de blessant pour ceux qu'elle devait frapper. Au contraire, si des exceptions doivent être faites, sous le prétexte que tel professeur a conservé malgré l'âge toutes ses qualités,—ou bien jamais la mise en retraite ne sera prononcée, et il était ridicule de faire semblant de donner satisfaction à l'opinion publique,—ou bien, si elle l'est de temps à autre, elle sera un stigmate publiquement infligé au professeur mis en retraite, stigmate immérité, puisque l'âge n'est pas une honte.

Quel sera le critérium sur lequel s'appuieront le

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.
Séance d'octobre 1885.

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS.
(Suite)

Justus Miron donne lecture de son rapport sur le projet du Dr Surmay.

Dans sa séance du 25 septembre 1885, le Cercle médical du pays Quingeois nous a chargés d'examiner une proposition ayant pour objet la création d'un ordre des médecins et d'en faire rapport.

Nous ne doutons pas qu'une institution pareille ne puisse être d'une très grande utilite pour nous. Mais c'est à la condition qu'elle soit conçue dans un esprit de large tolérance et qu'elle ne puisse porter aucune atteinte à l'indépendance de notre profession.

Nous avons besoin d'un lien confraternel, d'un lien qui nous rattache les uns aux autres, qui nous soutienne les uns par les autres; mais nous entendons que ce lien n'ait rien de blessant, ni même de désagréable pour qui que ce soit. Qu'on nous unisse, mais sans nous enchaîner.

L'union fait la force. Entre gens de haute raison, ce que nous devons être, l'union s'établira sans contrainte, parce que chacun en sent la nécessité. Nous en avons besoin pour être en mesure de défendre nos intérêts et de sauvegarder cette indépendance qui nous est si chère; nous en avons besoin pour exprimer nos vœux et faire valoir dans le gouvernement de la chose publique la légitime influence que nous sommes en droit d'exercer, comme corps, aussi bien au point de vue de la morale que de la santé...

Car c'est là, soyons-en sûrs, le rôle le plus important que nos chambres médicales et le Conseil général de l'Ordre auront à remplir. Ce rôle serait peu sérieux,

conseil et le ministre pour décréter qu'il y a des degrés dans la sénilité, et si tel professeur de 70 ans est plus caduc que tel autre? C'est la porte ouverte à l'intrigue, à la mise en jeu des influences politiques ou des amitiés personnelles? Si les choses doivent se passer ici, la mesure qui, uniforme, eût été excellente, devient détestable, et mieux vaut rester dans l'ornière du passé.

—Les médecins sont, il faut l'avouer, singulièrement jugés par le monde officiel, celui qui décore. Tels, qui parmi nous sont réputés des savants d'incontestable valeur, ayant fait dans les branches de la médecine qu'ils ont cultivées des découvertes utiles, demeurent sans récompense officielle; tels autres qui ne jouissent auprès de leurs pairs que d'une médiocre estime sont par contre l'objet des faveurs ministérielles, auxquelles les a désignés soit l'amitié des hommes politiques, soit la presse politique incompétente. Ainsi s'expliquent les anomalies dont les récentes promotions dans la Légion d'Honneur nous ont rendus témoins. Nous tenons de source autorisée que des croix avaient été demandées à un ministre pour quatre de nos confrères par le chef médical du service auquel ils ressortissent: parmi ces quatre confrères il en était un qui, âgé de quatre vingts ans, a été chargé depuis 40 ans d'un service d'utilité publique aussi pénible que lucratif; ni lui ni les trois autres presque aussi méritants n'ont été choisis par le ministre. Celui-ci a, par contre, su trouver des croix pour deux jeunes médecins dont on peut affirmer qu'ils ne les eussent pas obtenues à la majorité des suffrages du corps médical.

Mais, me direz-vous, deux professeurs de la Faculté viennent d'être faits, l'un commandeur, l'autre chevalier. Sans doute, et ce sont deux choix dont nous nous réjouissons; mais M. le doyen Béclard est un physiologiste. Quant à M. Grancher, ce n'est pas comme médecin ni comme professeur de la Faculté qu'il a été décoré, puisqu'il l'a été en dehors de toute proposition du ministère de l'instruction publique. La distinction dont il a été l'objet et qu'il a si bien méritée par la valeur de ses travaux sur la tuberculose, lui a été conférée, dit-on, surtout à cause de la part qu'il prend aux recherches de M. Pasteur, et sur la demande formelle de celui-ci au président de la République. Or, comme il est encore des professeurs et agrégés de la Faculté, auteurs d'importants travaux en médecine et dont la boutonnière est restée vierge, il est permis de penser qu'il ne suffit pas qu'un médecin soit un savant en médecine pour avoir droit à ce ruban qui, à tort ou à raison, est considéré en France comme la consécration des services rendus par les savants dans la science à laquelle ils se sont voués.

L'étude de **nouveaux médicaments cardiaques** demeure à l'ordre du jour. Après la spartéine, patronnée par M. G. Sée, l'**adonidine** réclame sa place, et M. *Arnaud-Durand*, dans une thèse récente, présentée à la SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE (23 décembre) par M. C. Paul, compare son action à celle des autres médicaments utilisés jusqu'ici dans le traitement des cardiopathies, caféine et digitaline. D'après M. A. Durand, l'action de l'adonidine serait régulatrice des mouvements du cœur et du pouls.

M. *H. Huchard*, a de son côté, poursuivi des études très complètes sur l'adonidine et en a fait connaître les résultats à la Société de thérapeutique. L'adonidine est un glucoside tiré de *l'Adonis Vernalis*, renonculacée à corolle rouge, vulgairement appelée *goutte de sang*. La plante fraîche, écrasée et réduite en pulpe, produit une action caustique et vésicante. C'est Cervello qui a extrait de l'ado-

s'il se bornait à prescrire et à imposer aux mauvais confrères des règles de bonne conduite.

Non; l'ordre des médecins aura mieux à faire que cela. Il devra s'attacher surtout à élever le niveau moral de la profession en s'efforçant d'améliorer les conditions dans lesquelles elle s'exerce.

La plupart de nos fautes, en effet, ne sont-elles pas la conséquence ou le résultat de nos misères professionnelles? On ne malverse pas, on ne se déshonore pas de gaieté de cœur, mais bien par nécessité le plus souvent.

Les médecins ont, en général, plus besoin de réconfort que de moralisation. Depuis près d'un siècle, ils vivent dans une indépendance à peu près complète, dans ce qu'on peut appeler l'anarchie professionnelle, n'ayant ni divinités ni maîtres, sans jurys spéciaux ni censure; ils n'ont pour règles de conduite que la conscience et le droit commun. Et cependant, sous le rapport de la moralité, sont-ils au-dessous des avocats et des notaires, des avoués ou des huissiers, qui sont pourvus depuis longtemps de chambres de discipline?...

Qui oserait le prétendre?

Ceci nous induit à conclure que notre reconstitution en corps d'état doit avoir des visées plus hautes que la conversion ou l'amélioration des irréguliers.

Nous voulons bien que l'Ordre des médecins soit fort, mais fort pour soutenir et pour encourager les bons, encore plus que pour corriger les mauvais. Ce sera nous mettre ainsi dans la nécessité d'être des gens d'honneur et des hommes de caractère, si l'on nous montre que notre dignité sera défendue effectivement et que nos grands intérêts seront protégés dans tous les cas.

Voilà pourquoi nous n'avons pas jugé à propos d'armer nos chambres médicales de pouvoirs répressifs trop considérables, pour ne pas inquiéter très justement certains esprits.

Cela pourrait, en effet, présenter quelques dangers. Il n'est pas inadmissible qu'une assemblée d'hommes même supérieurs, essaie de se rendre tyrannique et abuse de l'autorité qui lui a été conférée. Cela s'est vu. Les groupes subissent parfois des entraînements regrettables; et le mouvement est d'autant plus irrésistible qu'il est le fait d'une collectivité et que chacun peut après s'en laver les mains.

Nous laissons donc, dans le projet modifié par nous,

nis une pondre amorphe, jaunâtre, de saveur amère, l'adonidine, expérimentée pour la première fois par Lesage et Mortagne. Lesage, expérimentant sur des grenouilles, a vu sous l'influence de l'adonidine les mouvements du cœur être moins fréquents, la paroi ventriculaire devenir pâle, exsangue et rigide, le cœur enfin s'arrêter en systole.

M. Huchard, ayant pratiqué à des cobayes des injections hypodermiques de 1 à 2 centigrammes d'adonidine, a constaté que les mouvements respiratoires et cardiaques diminuaient de fréquence, que des phénomènes paralytiques se montraient, que la température s'abaissait et que les animaux mouraient après 15 à 20 minutes.

Sur l'homme, M. Huchard a vu, dans plusieurs cas, l'adonidine produire des effets favorables : dans un cas de néphrite interstitielle avec imminence d'asystolie, bruit de galop, anasarque, la diurèse fut à deux reprises obtenue par l'adonidine, après échec de la spartéine ; dans une affection mitrale où le cœur fatigué ne se contractait plus même assez énergiquement pour produire le bruit de souffle révélateur, l'adonidine fit reparaître celui-ci, en rendant les contractions ventriculaires plus énergiques.

On ne doit pas atteindre les doses excessives de 12 à 15 centigrammes qu'ont parfois administrées des médecins. On ne doit pas dépasser 1 à 2 centigrammes d'adonidine par pilules de 5 milligrammes. Si on emploie l'infusion d'adonis, on peut administrer celle-ci à la dose de 4 à 8 grammes, en 4 prises dans la journée.

— M. *Gosselin* a été élu *vice-président* de l'Académie des Sciences (4 janvier).

— A l'Académie de Médecine (5 janvier), M. Bergeron, président sortant, a remercié ses collègues du concours bienveillant qu'ils lui ont prêté. Il a rappelé les pertes faites par l'Académie pendant l'année écoulée, G. de Mussy, Baudrimont, Magne, Bouley, ainsi que les principales questions discutées, causes de la diminution de la population, prophylaxie de la rage, assainissement des villes, etc.

— M. *Trélat*, président pour 1886, après avoir accordé à la façon dont son prédécesseur s'est acquitté de ses fonctions, des éloges mérités, a lu une lettre de M. Lereboullet, annonçant à l'Académie la **mort de M. Dechambre.** Notre savant collègue, le doyen de la presse médicale, avait été frappé d'hémiplégie vers la fin du mois dernier, et on s'attendait malheureusement, depuis quelques jours, à une terminaison fatale.

« L'Académie, a dit M. Trélat, a fait une grande perte dans la personne de M. Dechambre. Bien qu'il n'ait jamais eu de situation officielle, il a occupé une grande place dans le monde médical et il la méritait. C'est qu'il n'était pas seulement un esprit délicat et cultivé, un lettré ; c'était, avant tout, un jugement ferme dans une âme droite.

Homme de grand labeur, il a fondé, il y a plus de vingt ans, la *Gazette hebdomadaire*, qui fut pour lui une tribune dans laquelle il fit preuve des belles qualités d'écrivain et de critique qui le distinguaient.

Enfin il fut le chef, le conducteur d'une des grandes œuvres scientifiques de notre temps, le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.* »

— Une élection a eu lieu pour un membre titulaire dans la section de thérapeutique. M. le professeur *Hayem*, qui n'avait été présenté qu'en troisième ligne par la Commission, a été élu par 44 voix contre 38 données à M. Desnos, qui avait été présenté en première ligne.

M. *Fayrer* (de Londres) a été élu membre correspondant étranger. Deux vacances ont été dé-

---

le plus possible de garanties à l'indépendance individuelle, à l'autonomie ou au self-government des particuliers. Car, encore une fois, nous ne croyons pas qu'ici la coërcition, les menaces, la contrainte, soient absolument nécessaires.

Est-ce qu'en fait les chambres de discipline d'à côté, celles des notaires ou des avocats, sévissent souvent ? Non; la crainte d'une seule réprimande ou de la censure suffit pour arrêter le coupable sur la pente des indélicatesses.

D'ailleurs, laissons un peu de marge à la fougue ou à l'exubérance de certains tempéraments. Tout le monde ne peut pas être justement équilibré ni d'une correction irréprochable. Il ne faut pas tuer tout d'un coup tout ce qui est gras, dit un vieux proverbe, ni réprimer non plus tout ce qui n'est pas absolument permis ; à trop morigéner son monde, on lui donne envie de mal faire.

Ce serait trop beau, mes amis, si l'on faisait peau neuve en entrant dans la carrière, et si tous les médecins, régénérés et dépouillant le vieil homme au seuil du sanctuaire, devenaient tout à coup des parangons de vertu ou seulement des modèles de tempérance, de discrétion, de modestie et de désintéressement...

Nous aurons beau faire, il y aura toujours dans notre grande famille médicale quelques enfants vicieux et mal conformés qui n'enrichiront pas du tout notre patrimoine honorifique.

Nous ne discuterons du projet du Dr Surmay que ce qui a trait à la création d'un ordre des médecins, notre mission se bornant à cela.

Article premier (1). — Il est dit :

« Tout médecin qui sollicitera son inscription sur la « liste d'une chambre médicale sera soumis à une en- « quête sur ses mœurs, ses antécédents, sa famille, ses « relations, etc., et, en général, sur tout ce qui pourra « renseigner sur son honorabilité. »

Si tentant que soit *à priori* le but qu'on se propose, en prescrivant une enquête préalable sur l'honorabilité

(1) Voir annuaire de l'Association générale pour 1885, page 172. *Projet de loi résultant d'une fusion entre le projet du Dr Surmay et celui du Dr Lunier.*

clarées (section de médecine vétérinaire, section d'hygiène et de médecine légale).

— M. *Lagneau* a lu des **remarques anthropologiques, médicales et démographiques sur la validité du soldat et la durée du service militaire.** En vue des tendances actuelles à la réduction du service à 3 ans, M. Lagneau pense que les hommes de 20 à 23 ans présentent une force de résistance suffisante, qu'ils ne sont pas plus aptes à cet âge, que plus tard, à contracter la phthisie et la fièvre typhoïde, qui sont surtout engendrées par les conditions défectueuses de casernement. En libérant les hommes plus tôt, on leur permettra de se marier plus jeunes, ce qui augmentera la natalité légitime et accroîtra la durée moyenne de la vie, puisque après 23 ans l'homme marié à de moindres chances de morbidité et de mort que le célibataire.

QUINZAINE CHIRURGICALE

I. — De l'imperforation de l'hymen (1)

Ce vice de conformation de l'appareil génital externe de la femme n'est ordinairement découvert qu'au moment de la puberté à cause dés obstacles qu'il apporte à l'écoulement menstruel et des accidents douloureux qui en sont la conséquence. La jeune fille atteinte d'imperforation ressent, à époques périodiques, tous les phénomènes du molimèn menstruel; elle accuse des douleurs abdominales, et bientôt son ventre gonfle petit à petit, chaque crise douloureuse s'accompagne d'une augmentation nouvelle de volume. L'usage des médications emménagogues augmente tous les symptômes morbides.

Le sang des règles, dont la quantité augmente chaque mois, ne pouvant s'écouler distend le vagin, puis la cavité utérine, enfin les trompes de Fallope. Des phénomènes inflammatoires atteignent le péritoine qui enveloppe l'appareil utéro-ovarien ainsi distendu, et déterminent des adhérences avec les parties voisines. Sous l'influence des efforts, des violences extérieures, les trompes dilatées peuvent se rompre dans le péritoine : d'où la production d'une péritonite ou d'une hématocèle. Telle est la marche ordides lésions. M. le Dr Segond a présenté à la *Société de Chirurgie* un fait qui diffère de ce que l'on connaissait jusqu'ici. Appelé à examiner une jeune fille de 20 ans qui, sans jamais avoir d'écoulement menstruel, ressentait tous les mois depuis près de deux ans, des douleurs vives dans le bas-ventre, il constata tous les signes d'une rétention menstruelle par imperforation de l'hymen. Une tumeur violacée, fluctuante, faisait saillie à la vulve, entre les grandes lèvres. On percevait nettement dans la région hypogastrique, une tumeur ovoïde, régulière, fluctuante, remontant jusqu'à l'ombilic. Mais en outre on pouvait nettement constater que l'utérus avec sa forme et son volume nor-

(1) Société de Chirurgie. Séance du 9 décembre 1885.

des jeunes pour les admettre à l'exercice, cette mesure d'inquisition nous paraît excessive. Elle aboutirait en tout cas à un droit d'exclusion positif dont les conséquences pourraient aller loin.

Nous n'admettons donc pas que la chambre médicale puisse refuser l'inscription sur sa liste à tout médecin pourvu régulièrement du diplôme de docteur, et, par conséquent, nons estimons inutile qu'elle fasse des enquêtes à son sujet. Nous remplacerions l'alinéa proposé par celui-ci : *Tout médecin pourvu du diplôme de docteur et demandant son inscription sur la liste d'une chambre médicale, y sera insorit de droit, s'il n'a été ailleurs l'objet d'une sentence prononçant son exolusion ou son interdiction.*

Les 15 articles qui suivent sont en dehors du sujet que nous discutons. Toutefois, il y en a plusieurs, notamment les articles 8, 10, 11, 13 et 14, qui pourraient être retranchés de la loi générale sur l'exercice de la médecine. Les délits ou les irrégularités que ces articles ont en vue pourront être introduits plus utilement dans les règlements de discipline proposés par les chambres médicales. Mais ils feront toujours maigre figure dans une loi, n'étant pas de ces choses que les chefs de parquet s'aviseront jamais de poursuivre.

Art. 17. — Il y aura dans chaque arrondissement, etc.

Exceptionnellement, on pourrait créer une chambre spéciale dans certains arrondissements très populeux, mais nous croyons, qu'en général, il vaudrait mieux que le ressort de chaque chambre comprît l'étendue d'un département. Les questions seraient traitées plus largement ; les discussions risqueraient moins de dégénérer en luttes personnelles ou d'être obscurcies par un particularisme étroit.

Art. 20. — « Les Chambres médicales..., elles exer« ceront une juridiction souveraine sur les médecins de « leur ressort... »

Ce qui fait supposer qu'elles seront libres d'imposer légalement leur volonté, de faire des réglements, etc.

(*à suivre*) Dr Perron

maux surmontait la tumeur. Sur les côtés on ne trouvait pas les grosses bosselures que forment d'ordinaire les trompes dilatées par le sang. C'était donc un cas de dilatation considérable limitée au vagin ; le pronostic était meilleur que dans les faits ordinaires. En effet tout le danger réside dans l'existence de ces masses à mince paroi formées par les trompes dilatées. Quand elles existent, il faut palper le ventre avec la plus grande douceur, n'employer le chloforme qu'avec ménagement et même y renoncer car les vomissements qu'il provoque parfois, et les mouvements de la période d'agitation de la narcose pourraient amener des ruptures.

En présence de ces symptômes un traitement s'impose ; donner issue au sang collecté et permettre ainsi aux règles de s'écouler normalement au dehors. Mais l'opération si simple en apparence n'est pas dénuée de dangers.

L'*évacuation trop rapide* du sang peut provoquer la rupture des trompes dilatées; cette rupture a lieu sous l'influence des tractions que produit l'utérus, en se vidant, sur les adhérences tubaires. Il faut donc que l'écoulement soit lent. M. Segond, bien que n'ayant point à craindre les ruptures des trompes, employa trois quarts d'heure à évacuer la tumeur et s'aida d'un bandage abdominal modérément serré. Quelques auteurs ont même conseillé les ponctions par le rectum ou la paroi abdominale ; mais on peut à volonté modérer l'écoulement par la plaie que l'on pratique à l'hymen.

Après l'évacuation du sang on pratiqua des injections avec une solution de sublimé à 1 p. 1000; au cinquième jour elles provoquèrent un peu de salivation et on les remplaca par des solutions faibles d'acide phénique. L'antisepsie est en effet utile pour empêcher la décomposition septique des caillots qui restent encore dans l'appareil génital quand l'évacuation n'a pas été absolument intégrale. Les injections que l'on pratique dans ce but doivent être poussées avec douceur et pas trop profondément.

Si, pendant l'opération, ou auparavant, la rupture d'une des trompes ou de l'utérus se produit dans le péritoine, il faut d'urgence pratiquer la laparotomie, nettoyer la cavité péritonéale, et même enlever la trompe déchirée, en la réséquant après ligature perdue.

2. — Du cancer du larynx et de son traitement (1).

Nous avons, l'année dernière, raconté un cas d'extirpation totale du larynx pratiquée avec succès par le Dr Léon Labbé pour une tumeur maligne limitée à l'organe de la voix (1). Il est intéressant de suivre le mouvement de l'opinion à l'étranger sur ces graves interventions. Lublinski (de Berlin) partisan de l'intervention active dans le cancer laryngien, présente au sujet de cette affection des considérations curieuses et pratiques. Plus le diagnostic est précoce, plus les chances de succès pour l'intervention sont grandes. L'*enrouement* est un des symptômes du début les plus importants; la *douleur* spontanée ou réveillée par la pression sur le larynx, douleur revenant par accès séparés par de courts intervalles de rémission, est plus caractéristique. Cette douleur présente des irradiations du côté du cou et du thorax; souvent aussi elle s'accompagne de dysphagie.

Le cancer primitif du larynx est de nature *épithéliale* ; il se montre le plus souvent chez l'homme, qui a dépassé la cinquantaine. On le voit avec une égale fréquence sur l'épiglotte, les cordes vocales ou la région aryténoïdienne. Dans une première période il gêne peu les fonctions du larynx et peut passer inaperçu. Mais, à mesure qu'il s'accroît, survient une gêne progressive de la respiration qui, coïncidant avec l'enrouement, et provoque l'examen. Le diagnostic au laryngoscope n'est pas toujours des plus faciles, car au début on peut confondre la lésion avec le lupus ou des affections tuberculeuses ou syphilitiques ou même avec les simples papillômes. Lublinski conseille alors d'extraire avec des pinces de petits fragments de la tumeur et de les soumettre à l'examen micrographique qui seul tranchera la question dans les cas difficiles.

La tumeur se développe d'habitude assez lentement et donne bientôt naissance à des hémorrhagies ; quelquefois ce sont de simples suintements sanguins; mais, d'autres fois, l'ulcération de la tumeur atteignant des vaisseaux plus importants donne lieu à des écoulements qui peuvent devenir mortelles.

La *dyspnée* ne devient gênante que lorsque la tumeur est notablement développée ; elle peut alors survenir par accès d'exacerbation qui nécessitent une trachéotomie immédiate.

Le cancer du larynx n'envahit que très tardivement les ganglions carotidiens et il est extrêmement rare que des foyers métastatiques se produisent. Néanmoins son pronostic est fatalement mauvais et en deux ans et demi en moyenne il conduit le patient au tombeau ; la mort survient par hé-

(1) Société de médecine de Berlin, in *Semaine médicale* nº 51.

(1) Voir *Concours médical* du 11 avril 1885.

morrhagie, asphyxie, ou encore par une maladie intercurrente comme la pleurésie et la pneumonie.

Deux modes d'intervention chirurgicale peuvent être discutés ; la *trachéotomie*, opération palliative remédiant à l'oblitération laryngienne, mais n'agissant en aucune façon sur les tumeurs, et *l'extirpation totale* ou *partielle* de l'organe malade. Ce dernier mode d'intervention ne peut avoir de bons résultats que lorsque le néoplasme, encore limité au larynx, n'a nullement envahi le voisinage, la base de la langue, les ganglions ou paroi œsophagienne.

Jusqu'ici, les résultats ne sont pas très brillants, mais il faut dire que c'est une opération encore à l'étude. Sur 76 opérés connus de Lublinski, 31 sujets sont morts dans les quinze premiers jours, 4 dans les deux premiers mois ; la pneumonie putride et la bronchite étaient les causes immédiates de leur mort. Parmi les autres malades, 20 eurent des récidives précoces, 8 ne virent le mal se reproduire que vers le quinzième mois après l'opération ; chez *10 seulement* la guérison fut définitive. Comme on le voit, l'opération n'est pas encourageante, cependant Hahn appuie les déclarations de Lublinski ; au moyen d'une canule perfectionnée, obturant parfaitement la trachée, on empêche l'écoulement des produits de la plaie dans les bronches et on évite les pneumonies septiques.

Le professeur Billroth (de Vienne) se montre aussi partisan de l'opération. Chez une femme à laquelle il a enlevé près de la moitié du larynx, une nouvelle glotte s'est formée aux dépens du tissu cicatriciel du côté gauche, et la malade peut avaler sans gêne et même parler de façon à se faire entendre.

On sait aussi, et nous rappelons que Gussenbaur (de Prague) a construit des larynx prothétiques avec lesquels certains malades peuvent parler à haute voix.

III. — Abcès par perforation de l'appendice iléo-cœcal, leur traitement (1).

Les lésions de l'appendice iléo-cœcal sont bien souvent la cause de ces inflammations de la fosse iliaque droite, que l'on est convenu de désigner sous le nom de pérityphlites. Les ulcérations de l'appendice, les corps étrangers (noyaux de fruits, graines de raisin, aiguilles, concrétions stercorales), en s'y arrêtant, produisent un foyer inflammatoire qui suppurera fatalement et qui s'étendra, soit vers le péritoine ; d'où péritonite par propagation ou perforation, soit vers la fosse iliaque, donnant lieu à un phlegmon stercoral sous-péritonéal. MM. Barlow et Godlee ont rapporté le fait suivant : Un jeune homme de 20 ans, sujet depuis quelque temps à des attaques de diarrhée et de vomissements, fut pris tout à coup de constipation, de fièvre, et d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite, s'irradiant à tout l'abdomen. Trois à quatre jours après, empâtement au-dessus du pli de l'aine et plaque rouge cutanée entourée d'œdème. Pensant à une obstruction possible, Barlow pratiqua une incision exploratrice, trouva un début de péritonite généralisée, un gros abcès autour du sommet du cœcum et de l'appendice ; cet abcès fut vidé par une ouverture extérieure et le ventre fut refermé après nettoyage exact du péritoine, au moyen d'une solution de sublimé à 2 0/0. Quand il n'y a point de signes de péritonite, l'incision abdominale n'est point recommandable et on doit toujours commencer par ouvrir le foyer à l'extérieur. D'ailleurs, il faut savoir que la suppuration se collecte rapidement et fait saillie le plus souvent vers la crête iliaque, au voisinage de l'épine iliaque antérieure et supérieure (Bryant). Quelquefois la saillie fluctuante se montre un peu plus vers l'épigastre et Baker a, dans un cas, ouvert le foyer en pratiquant une incision entre l'épine iliaque antérieure et supérieure et l'ombilic. Dans tous les cas, on devra soigneusement nettoyer le foyer, puis le badigeonner avec la solution de chlorure de zinc ou la teinture d'iode et même réséquer l'appendice après ligature au catgut, s'il est sphacélé ou en pleine suppuration.

Dr Barette

(1) Société clinique de Londres, 11 décembre 1885. *Semaine médicale* n° 51.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les médecins devant les tribunaux aux Etats-Unis.

Les médecins aux Etats-Unis vivent généralement, disent-ils, en bons termes avec les magistrats ; et pourtant quelquefois des condamnations injustes et extraordinaires leur tombent dessus du haut du tribunal.

Les maladies contagieuses doivent être déclarées au Conseil de santé, afin qu'on prenne des mesures pour prévenir les épidémies. Il n'y a rien dans la loi qui oblige un médecin à faire cette déclaration pour laquelle, du reste, il n'est pas rétribué ; mais il est d'usage de s'y conformer dans l'intérêt de la santé publique. C'est ce que firent deux praticiens de New-York, qui, appelés près

d'une femme présentant une éruption suspecte et tous les symptômes d'invasion de la variole, en firent la déclaration au Conseil de santé. Leur diagnostic fut approuvé par un membre du Conseil qui ordonna le transport de la malade à l'hôpital des varioleux. Après deux jours passés à l'établissement, la maladie n'étant pas confirmée, la malade fut renvoyée. De là cette femme poursuit les médecins, et demande 10.000 dollars de dommages-intérêts, elle en obtient 500 (*The medical Record*, 28 novembre 1885).

Une autre condamnation tout aussi inique a frappé un médecin de l'Etat de Californie. Le Dr Graves donne des soins à une femme qui s'est fait une entorse; il n'y a ni crépitation ni déplacement; le membre est placé dans une position convenable, et on y fait des applications résolutives. Malgré les soins du médecin il reste, en définitive, de la raideur de l'articulation et un très léger renversement du pied. La malade ne se plaint pas avant l'arrivée d'un médecin qui insinue que la jambe a été mal soignée, et engage la femme à poursuivre son confrère. Le cas est examiné par dix des *principaux chirurgiens de l'Etat de Californie*, qui tous déclarent qu'il a pu y avoir une entorse ou une fracture incomplète de la malléole externe, mais que les extrémités de l'os sont en position parfaite, et n'ont même jamais été séparées.

Deux autres médecins, dont celui qui pousse la femme au procès, assurent qu'il y a raccourcissement.

Bref, le jury accorde à la plaignante 8.000 dollars de dommages-intérêts.

Cette décision, dit *The medical Record*, est un grave outrage à la profession, et en même temps un grand malheur pour le Dr Graves; aussi les médecins de Californie doivent en appeler du jugement, ou aider leur confrère.

Enfin, encore une condamnation non moins dure et inique. Un médecin de l'Etat de New-York a été condamné à 250 dollars et six mois de prison, pour refus de témoignage dans un cas criminel. Le Dr Milne fait valoir pour sa défense que son témoignage révèlerait des secrets professionnels. Et pourtant, dans l'Etat de New-York et dans la plupart des Etats-Unis, il est expressément établi, dans la loi, que le médecin ne doit pas révéler ce qu'il a pu apprendre en soignant un malade (*The medical Record*, 5 décembre 1885).

Dr Tétu.

II

DÉPUTÉS DOCTEURS EN MÉDECINE.

MM.

Amagat, 9, rue des Feuillantines. — Paul Bert, 9, rue Guy-de-Labrosse. — Bizarelli, 6, quai de Billy. — Blatin, 30, place Saint-Georges. — Bourgeois, 6, passage de la Madeleine. — Bourneville, 14, rue des Carmes. — Calès, 8, rue Duphot. — Carret, 4, rue de Courty. — Chavanne, 6, boulevard de Clichy (Paris-Montmartre). — Chevandier, 94, rue de Maubeuge. — Clémenceau, 15, rue Montaigne. — Dellestable, 59, rue de Lille. — Deyade, 10, rue Madame. — Ducher, 13, place de la Bourse. — Ducoudray, 60, rue de la Victoire. — Dupuy, 46, rue Notre-Dame des Champs. — Escande, 75, rue de Vaugirard. — Frébault, 143, rue Saint-Dominique. — Gadaud, 17, rue Castellane. — Ganne, 3, rue de la Pompe (Versailles). — Gillet, 12, rue Rollin. — Guillemaut, 62, boulevard Saint-Germain. — Javal, 58, rue de Grenelle. — Joubert, 6, rue de Chartres, à Neuilly (Seine). — Labrousse, 35, avenue Marceau. — Lacôte, 121, rue de Rennes. — De Lanessan, 13, rue des Halles. — Lavergne (Bernard), 65, boulevard Saint-Michel. — Le Gludic, 37, rue Cambon. — Lelièvre, 1, avenue Bosquet (Hôtel de Nice et de Florence). — Levrey, 3, boulevard Saint-Michel. — Liouville, 3, quai Malaquais. — Loranchet, 70, boulevard Montparnasse. — De Mahy, 28, avenue du Trocadéro. — Michou, 76, rue de Grenelle. — Raspail (Camille), 11, rue Bara (ancienne rue Carnot). — Reybert, 73, rue de Lyon. — Simonnet, 11, rue de Vaugirard. — Theulier, 11, boulevard Malesherbes. — Treille, 92, boulevard d'Enfer. — Turigny, 54, rue Vavin. — Vacher, 132, rue du Faubourg Saint-Denis. — Vernhes, 32, boulevard Saint-Germain. — Viger, 42, rue du Général-Foy. — Villeneuve, rue de l'Union, à Clichy (Seine).

TRAVAUX ORIGINAUX

Trépanation mastoïdienne dans le traitement de l'otite moyenne suppurée. (1).

(*fin*)

Le retour de la pesanteur de tête, puis des douleurs lancinantes et de la tuméfaction, vient encore me prouver qu'il n'y a pas à espérer de guérison avec le traitement que j'emploie.

Je rouvre une dernière fois mon incision, et je constate alors que mes injections qui, jusque-là, ne déterminaient aucune douleur, occasionnent des vertiges que je ne puis attribuer à la température de l'injection, faite tiède comme toujours, mais plutôt à l'action du liquide, soit sur la fenêtre ovale où l'étrier n'adhère sans doute que faiblement, soit sur la fenêtre ronde dont la membrane a perdu sa résistance.

En présence de cette aggravation dans les symptômes, je me décide, après avoir pris l'avis de deux confrères, à pratiquer la trépanation qui, désormais, semble s'imposer.

Je fais l'opération le 29 juin, assisté par les Drs Ozanne, Gavoy et Barette, le malade étant chloroformé; je suivis la méthode et les points de repère conseillés par Politzer et Schwartze. Incision verticale, sur la sonde canelée avec le thermo-cautère, d'une étendue de quatre bons centimètres dans la

(1) Voir le numéro 51 de 1885.

direction du décollement. Puis, partant du milieu de celle-ci, incision perpendiculaire dirigée en arrière et d'une étendue de 2 centimètres et demi à 3 centimètres. Les tissus sont épais, durs. Avec une rugine courbe sur le plat, je détache les lambeaux postérieurs avec le périoste, puis poussant ma rugine en avant, je découvre jusqu'au bord antérieur de l'apophyse.

L'apophyse mastoïde ainsi dénudée sur toute son étendue, le trajet fistuleux ne peut cependant êtredécouvert. J'applique le trépan perforateur de Garrigou Desarènes au niveau de l'ouevrture du conduit auditif, le plus près possible du pavillon de l'oreille, qui est maintenu par un écarteur, ainsi que les lambeaux postérieurs, je dirige mon trépan en haut en avant et en dedans. La rondelle d'os enlevée, épaisse de 4 bons millimètres; l'antre mastoïdien se trouve à découvert, il contient un amas de pus verdâtre très épais. Je dirige à travers l'antre une sonde cannelée vers le canal pétro-mastoïdien et la caisse, pour me rendre compte de l'état de la cavité. Je rugine avec une gouge creuse les bords de l'ouverture faite par le trépan, ainsi que le tissu spongieux de l'apophyse, qui, en partie détruit, se laisse enlever. Lavage avec une solution tiède d'acide borique à 4 p. 0/0, insufflation de poudre d'iodoforme dans la cavité mastoïdienne et dans la caisse, drain dans la cavité mastoïdienne aboutissant à la caisse du tympan, pansement de Lister.

Les suites de l'opération sont des plus simples: Chaque jour je fais le même pansement. Le malade n'éprouve pas de douleur, reste parfaitement calme. Le 4 juillet, six jours après l'opération, une petite hémorrhagie en nappe se fait par l'extrémité inférieure de la plaie. Deux ou trois tampons de ouate et compression suffisent pour arrêter l'écoulement. La température, toujours presque normale, n'atteignit 38° que le huitième et le neuvième jour après l'opération.

Le 12 juillet la plaie qui bourgeonne vigoureusement est déjà en partie comblée. Je remplace mon insufflation de poudre d'iodoforme, par l'émulsion suivante:

iodoforme porphyrisé...........	20	grammes
poudre de gomme..............	15	—
glycérine } ââ	25	—
eau }		

Le 17 la plaie est fermée aux 2/3, le drain y est fortement comprimé. Le 28 juillet je supprime les injections d'iodoforme parce que le malade se plaint de quelques battements dans l'oreille. Dans la crainte que ces battements ne proviennent d'un dépôt de poussière d'iodoforme, dans quelqu'anfractuosité de la cavité, agissant comme corps étranger, je continue les lavages avec la solution d'acide borique. Les battements disparaîssent, deux jours plus tard, entièrement, pour ne plus reparaître.

Le 4 août le malade, qui depuis le 15 juillet fait tous les jours de longues promenades, part pour les eaux de Saint-Honoré. L'écoulement est alors presqu'entièrement tari, tant du côté de la plaie que du côté de l'oreille. Le drain ne pénètre plus qu'à une très minime profondeur. Le 10 août, le drain ne peut être placé. Le 15, l'orifice est entièrement comblé, la plaie fermée. Le malade n'éprouve pas la moindre gêne: la guérison est complète.

Le 3 septembre, il revient des eaux, un état est excellent. Je lui fais ôter un bandeau qu'il conserve depuis quinze jours par prudence. L'ouïe est, en partie, conservée. L'oreille opérée entend la montre à 8 à 10 centimètres. Lorsquelle est appuyée sur le crâne du côté droit, les ondes sonores se transmettent, mais bien plus faibles que de l'autre côté.

L'examen de la membrane du tympan dans le cours de la maladie, montrait qu'elle était entièrement détruite, à l'exception de ses parties périphériques qui formaient une bandelette circulaire très étroite, grise, blanchâtre, opaque, comme une membrane entièrement macérée. Le manche du marteau est détruit.

En examinant encore l'oreille au retour du malade, vingt jours après sa guérison complète, avec l'otoscope de Burton, comme la première fois, je trouve que l'étroite bandelette circulaire formée par les débris de la membrane du tympan, a perdu son apparence grise, blanchâtre, opaque, pour prendre une teinte plus foncée: elle est maintenant d'un brun jaunâtre, épaissie, mais ne semble pas avoir perdu toute transparence.

Madame X., âgée de 26 ans, mère de deux enfants, dont le plus jeune a deux ans, est souffrante depuis quelque temps. Elle est sujette aux maux de gorge. Je la trouve avec une angine tonsillaire très forte. La fièvre est vive. Depuis la veille elle a des frissons et dans le côté gauche, elle éprouve une violente douleur qui l'empêche de respirer. Les amygdales sont très volumineuses, la malade a beaucoup de peine à desserrer les dents. Pleurésie du côté gauche. Malgré cela le tableau n'est pas encore complet. Une douleur, trois jours plus tard, se fait sentir dans l'oreille droite. Elle augmente assez rapidement, devient très violente, s'étend dans toute la tête, s'accusant surtout au niveau de l'apophyse. Elle rend le repos impossible, arrache des cris et des larmes à la malade.

J'avais fait appliquer, le jour de ma première visite, un vésicatoire camphré sur le côté gauche du thorax: j'en fais mettre un au niveau de la région mastoïdienne, qui est œdématiée, un peu rougie, sensible à la pression.

Perforation naturelle de la membrane du tympan, écoulement de pus, injection de la solution alcoolisée d'acide borique, insufflation d'acide borique pulvérisé, tampon d'ouate salicylée, comme dans le cas précédent; renouvellement du pansement deux fois le jour.

Malgré la régularité des pansements, la douleur au niveau de l'apophyse mastoïde persiste encore violente pendant huit jours. Une abondante suppuration jaune verdâtre s'écoule pendant douze jours. La sensibilité au niveau de l'apophyse persiste, ainsi que l'empâtement. Les symptômes finissent cependant par s'amender progressivement, la suppuration diminue, et la malade, à qui je donne mes soins depuis le 21 mai, peut être envoyée à la campagne, dans sa famille, le 23 juin suivant, entierement guérie de son otite, mais toussant encore.

Bien qu'on ait observé l'otite catarrhale comme complication de la bronchite, de la pneumonie, de la pleurésie, il y a chez cette malade une cause plus proche, l'angine, qui ne peut guère laisser admettre l'influence de la pleurésie sur le développement de son otite.

Néanmoins, le cas doit être regardé d'autant plus grave que l'otite, assez souvent, se présente comme complication de la tuberculose, non seulement lorsqu'elle est arrivée à sa période ultime, mais même de la tuberculose à ses débuts; et que, dans ce cas, elle se différencie de l'otite catarrhale simple par un caractère de gravité plus grande, et par la rapidité avec laquelle elle accomplit ses dégâts.

Je citerai même, à ce propos, comme preuve de la gravité de ces affections chez les tuberculeux, quelques passages d'une observation de Miot, prise dans le service du professeur Ball.

Homme de 35 ans, atteint de tuberculose pulmonaire, et n'ayant jamais eu aucune affection auriculaire; est atteint d'otite suppurée du côté droit à la suite d'un refroidissement.

En cinq mois cette otite détermine : la carie d'une portion de l'articulation temporo-maxillaire, la destruction de la membrane du tympan et de la corde du tympan, la carie de la paroi antérieure de la caisse du tympan et d'une partie de la portion osseuse de la trompe d'Eustache, l'artérite de la partie de la carotide interne correspondant à l'extrémité antérieure de la caisse du tympan, et à la partie correspondante de la portion osseuse de la trompe d'Eustache, la carie d'une partie de la face supérieure de la caisse, partie au niveau de laquelle la dure-mère était rougeâtre, épaissie, ramollie, les parties cariées étant percées à jour comme une écumoire; la carie de la paroi interne de la caisse, dans une grande étendue, celle de la portion horizontale du canal de Fallope, avec destruction du nerf facial.

Les cavités mastoïdiennes étaient remplies de pus et en grande partie détruites. Le tissu compact de la paroi externe avait jusque 3 centimètres et demi d'épaisseur.

M. X.., âgé de 32 ans, marchand ambulant, est pris de mal de gorge depuis deux jours. Je le vois le 18 juillet. Les amygdales ne sont pas très grosses, mais elles ont une teinte rouge, excessivement vive, ainsi que toute la muqueuse de la région naso-pharyngienne, déglution douloureuse, voix enrouée, nasonnée, le malade tousse un peu, rien à l'auscultation, fièvre légère.

Au bout de quelques jours, l'inflammation de la muqueuse pharyngienne diminue sensiblement.

Le malade se plaint alors de douleurs dans l'oreille gauche accompagnées de battements et de bourdonnements, les mouvements de mastication sont tellement douloureux que le malade refuse toute autre chose que des liquides ; ni gonflement, ni rougeur du conduit auditif.

La membrane du tympan offre une surface d'une teinte grisâtre, rougeâtre, terne, elle est comme couverte d'une buée. Le triangle lumineux est éteint.

La douleur envahit bientôt toute la tête, elle devient intolérable, surtout au niveau de l'apophyse mastoïde, le malade se roule sur son lit, poussant parfois des cris. Il y a des accès rémittents, mais plus violents encore la nuit.

Le malade a des vertiges, des vomissements, il reste difficilement au lit, ne peut se mettre sur un fauteuil. Sensibilité très marquée au niveau de la région mastoïdienne où il y a de l'empâtement.

Comme traitement, calmants de toute nature, calomel, application de pointes de feu derrière l'oreille.

La perforation du tympan donne écoulement à un liquide glaireux, jaune, rougeâtre, purulent. La diminution de tension dans la caisse amène un soulagement immédiat.

Comme traitement, injection avec la solution alcoolisée d'acide borique, insufflations de poudre, tampon d'ouate salicylée; le pansement est renouvelé les premiers jours deux fois.

Le lendemain, malgré la continuité de l'écoulement, le malade se plaint avec presque autant de violence que les jours précédents. J'applique un vésicatoire sur la région mastoïdienne.

Pendant dix jours encore douleurs aiguës, le sommeil n'est obtenu que par de fortes doses de chloral. Écoulement de pus toujours jaune rougeâtre, abondant.

L'écoulement diminue enfin, les symptômes s'améliorent. Le 25 août, la suppuration est enfin arrêtée et le malade commence à sortir un instant.

J'examine ce jour-là l'état du tympan : la perforation offre une perte de substance irrégulière, occupant surtout la partie inférieure de la membrane. Il reste en bas une bandelette très étroite, et dans la partie supérieure, le tiers à peine de la hauteur de la membrane, qui a une teinte grise, opaque, et semble épaissie. Le manche du marteau est détruit.

D'après les observations que nous venons d'exposer nous croyons pouvoir résumer ainsi les indications thérapeutiques du traitement de l'otite moyenne suppurée.

1° Dans la première période, tant que les lésions phlegmoneuses sont limitées à la caisse, les lavages et les pansements antiseptiques donnent des résultats excellents, bien supérieurs à ceux donnés par les médications antiphlogistique.

2° Quand les cellules mastoïdiennes se prennent, on peut encore continuer l'usage des antiseptiques et même guérir les lésions, mais en ayant soin de surveiller attentivement les symptômes généraux et locaux afin d'intervenir à la première alerte.

3° Quand des signes certains d'envahissement sont nettement établis, l'expectation devient dangereuse, car elle ouvre la porte à des complications multiples ; les cérébrales sont les plus redoutables et les plus fréquentes.

4° La trépanation mastoïdienne, opération parfaitement réglée, remplit toutes les indications en ouvrant une large voie qui permet de nettoyer le contenu des cellules mastoïdiennes, de ruginer les parties osseuses malades et de limiter ainsi la marche envahissante des lésions.

Dr Bréchot (*de Versailles*).

BULLETIN DES SYNDICATS

Syndicat médical de Coutras.

Séance du 6 Décembre 1885.

Les Certificats de Décès et le Secret professionnel.

Mes chers Confrères,

Il semble que, depuis quelques années, l'étude des questions de déontologie ait pris parmi nous une nouvelle faveur. Quel que soit le nom qu'on ait jugé convenable de donner aux divers groupements formés par les membres du Corps médical, nous voyons ces Sociétés tenir à honneur d'élucider les différents problèmes qui peuvent se présenter au médecin dans ses rapports avec ses confrères, avec les pouvoirs publics, avec la société au milieu de laquelle il est appelé à vivre.

Nous n'avons qu'à nous féliciter de ces tendances,

et, nous le constatons avec satisfaction, nos jeunes Syndicats n'ont pas médiocrement contribué à développer le goût des choses qui touchent au devoir.

Je me propose d'examiner aujourd'hui, avec vous, la conduite que doit tenir le médecin dans les cas très nombreux où, après la mort d'un de ses clients il lui est demandé un certificat de décès.

S'il ne s'agissait que de constater que **X.** ou **Y.** ont cessé de vivre, la question serait bien simple et elle n'offrirait pas assez d'intérêt pour mériter de retenir un seul instant notre attention ; mais le plus souvent elle se présente dans d'autres termes : le médecin est invité à signaler la cause de la mort. Dès lors, la discrétion, qui doit être la règle de sa conduite, se trouve mise en cause, et il y a lieu de rechercher si, en délivrant de semblables certificats, il il ne tombe pas sous l'application de l'article 378 du Code pénal.

Permettez-moi donc de vous rappeler le texte de cet article :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de « santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes « et toutes autres personnes dépositaires par état ou « profession des secrets qu'on leur confie, qui, hors « le cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende « de cent à cinq cents francs. »

Il semblerait, en lisant cet article, que le médecin ne dût être tenu à la discrétion qu'à l'égard des choses qui *lui auraient été confiées sous le sceau du secret :* mais il n'en est pas ainsi. Il est bien des faits qui n'arrivent à sa connaissance qu'à raison de sa profession, qu'il surprend sans qu'on ait besoin de les lui révéler, que ses clients eux-mêmes ignorent peut-être, et qu'il ne saurait divulguer sans trahir la confiance qu'on a mise en lui.

Aussi, donnant à l'article cité un sens beaucoup plus général, les juristes s'accordent à admettre que nous devons garder les secrets que nous avons surpris, aussi bien que ceux qui nous ont été confiés. Nous devons reconnaître que cette règle est, du reste, dans les traditions du Corps médical, et que l'observation de ce devoir est une des causes principales qui nous conquièrent l'estime et l'attachement de nos clients.

Nous devons donc observer une réserve absolue toutes les fois qu'il s'agira de dévoiler des faits survenus à notre connaissance dans l'exercice de notre profession.

La jurisprudence suivie jusqu'à ce jour par la Cour suprême n'a voulu frapper, il est vrai, que la révélation faite avec l'intention de nuire ; mais cette doctrine, qui est aussi celle de Faustin-Hélie et d'un certain nombre de criminalistes éminents est combattue énergiquement par des jurisconsultes également recommandables. Elle paraît tendre peu à peu à disparaître pour faire place à une autre doctrine beaucoup plus rigoureuse, beaucoup plus absolue.

Les partisans de cette dernière soutiennent que la révélation par elle-même est le fait punissable et tombe sous l'application de la loi en dehors même de toute intention de nuire. « La loi, disait récemment M. Bruno-Lacombe dans le discours prononcé à la séance de rentrée de la cour et du Tribunal de Bordeaux, la loi a puni la *révélation en elle-même et pour elle-même*, parce qu'elle a vu dans la révélation une atteinte portée à l'ordre public. Elle a voulu protéger le malade contre sa propre faiblesse, et lui donner l'absolue certitude que jamais, QUOI QU'IL ARRIVE ET LE VOULUT-IL UN JOUR, rien ne sera trahi de ce qu'il apprend ou livre à l'homme de l'art de lui-même ou de ses misères. »

L'article 378 a bien, il est vrai, prévu des cas où le médecin peut se trouver, par la loi même, obligé de se porter dénonciateur, mais nous n'avons pas à nous en occuper ici. Dans ces cas, d'ailleurs, (art. 30 (1) du Code d'instruction criminelle), le médecin n'est plus considéré comme exerçant une profession qui lui impose des obligations spéciales ; il devient un simple citoyen et rentre dans l'application du droit commun.

Nous devons considérer comme un secret que nous ne saurions violer tout ce que le client nous aura confié, tout ce que nous aurons appris en lui donnant des soins. Et ce n'est pas seulement à cause de lui que ce devoir nous est imposé ; ce n'est pas seulement son intérêt ou celui de sa famille que le législateur a eu en vue ; c'est un intérêt bien supérieur, c'est l'intérêt social (2).

S'il en est ainsi, la cause qui oblige au secret survit à l'individu et aux siens, et rien ne saurait nous obliger à une révélation que la loi nous défend !

Le médecin ne saurait, dès lors, sans tomber sous l'application de l'article 378 du Code pénal, délivrer un certificat où il ferait connaître la maladie à laquelle son client a succombé.

Dans le courant de l'année dernière, les médecins de Louvain recevaient, de la part de l'administration locale, une circulaire qui les informait qu'il ne serait plus délivré de permis d'inhumation qu'après réception d'un certificat de décès signé par le médecin traitant. Or, la législation belge a emprunté presque textuellement notre article 378 qui consacre l'obligation de garder le secret professionnel (2). Aussi un de nos confrères, M. le Dr Hulin, crut-il devoir adresser, au sein même du Conseil communal, une interpellation au Bourgmestre de la ville. Une discussion très vive s'ensuivit, et notre honorable confrère n'eut pas de peine à démontrer que la circulaire administrative ne tendait à rien moins qu'à imposer au médecin une violation flagrante et journalière d'une prescription impérieuse de la loi.

Le Bourgmestre ayant invoqué, à l'appui de la demande de l'Administration, l'intérêt de la statistique « cet intérêt, dit l'honorable Dr Hulin, quelque respectable qu'il soit, ne saurait justifier l'obligation « pour le médecin de violer le secret professionnel ; » or, c'est à cela que vous aboutissez en nous forçant « à remplir des bulletins comme ceux qu'on nous a « envoyés... En ce qui me concerne, je déclare formellement que je me refuse à obéir à vos circulaires. »

« — Et vous ne serez pas le seul à prendre cette « attitude, ajoute un membre de l'assemblée, M. Van-

(1) « Toute personne qui aura été témoin d'un attentat, soit contre la sûreté publique, soit contre la vie ou « la propriété d'un individu, sera tenue d'en donner avis « au Procureur de la République, soit du lieu du crime « ou du délit, soit du lieu où le prévenu pourra être « trouvé. »

(2) Voir le discours de M. Bruno-Lacombe.

(3) Voici l'article de la loi belge qui figure dans le Code pénal de nos voisins sous le no 458 : « Les médecins, chirurgiens, officiers de santé, pharmaciens, sages-« femmes et toutes autres personnes dépositaires par état « ou par profession des secrets qu'on leur confie, qui, « hors le cas où ils sont appelés à rendre témoignage en « justice et celui où la loi les oblige à faire connaître « ces secrets, les auront révélés, seront punis d'un emprisonnement de huit jours à six mois et d'une amende « de cent à cinq cents francs. »

« roechoudt; je connais, pour ma part, trois méde-« cins qui l'imiteront (1). »

Les félicitations que le Dr Hulin recevait publiquement dans un journal de médecine de Liège, le *Scapel*, prouve qu'en tenant le langage que nous venons de rappeler, il avait traduit le sentiment du Corps médical de son pays (2).

De son côté, le Dr Rome dans le *Journal d'accouchements*, de Liège, du 15 septembre 1884, examine les prétentions des Administrations communales qui veulent exiger, avant de procéder à l'inhumation, le certificat dont nous nous occupons. Après avoir fait une critique un peu vive, mais fort juste, des statistiques dressées sur les documents officiels, il rapporte le texte de l'article que nous avons cité plus haut et il ajoute: « Voilà, je suppose, un texte suffisamment explicite. Il répond, je crois, nettement à la question posée. La mesure prise par les Administrations communales est donc sans utilité et d'une illégalité flagrante.

« Je vais plus loin, elle tombe directement sous l'application de l'article 1382 du Code civil: « Tout « fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un « dommage, oblige celui par la faute duquel il est « arrivé à le réparer. »

« Lorsque vous déclarez *urbi* et *orbi* que mon père est mort phthisique, ou cancéreux, ou syphilitique, vous m'avez causé un dommage considérable, un dommage dont les conséquences peuvent être désastreuses.

« En effet, qui voudrait pour gendre ou belle-fille l'enfant d'un homme qui a succombé à la phthisie, ou au cancer, ou à la syphilis?

« De quel droit divulguez-vous ce secret professionnel, fût-ce même à dix employés de l'Hôtel-de-Ville seulement? Poser la question, c'est la résoudre, et, pour ma part, j'ai depuis longtemps refusé aux Administrations communales, de forfaire ainsi à ce que je considère comme un devoir professionnel (3). »

En France, un certain nombre de Sociétés médicales se sont également préoccupées de la même question, et, si quelques-unes ont paru hésitantes et indécises, ce n'est pas que, parmi nos confrères, sur le principe même, il y ait eu des divergences d'opinion bien sensibles. Pour ne parler que des faits les plus récents qui sont parvenus à ma connaissance, je vous rappellerai que le Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil n'a pas cru devoir adopter, pour le moment du moins, une règle de conduite invariable. Celui de Libourne, tout en reconnaissant l'absolue nécessité de se conformer au texte de l'article 378, a pensé qu'il serait utile de trouver un moyen de dresser des tableaux rigoureusement exacts des causes de décès.

C'est que, chers Confrères, à côté des droits sacrés des familles qui ont recours à nos lumières, comme à côté des prescriptions formelles que le législateur a inscrites dans nos codes, il y a les exigences de la science et de la médecine générale, il y a des intérêts sociaux; nous devons à la statistique bien des améliorations, bien des progrès, et il n'est pas étonnant que des préoccupations de cet ordre se soient présentées à beaucoup d'esprits.

Est-il possible, dans l'état actuel de notre législation, d'obtenir une bonne statistique des causes de décès, tout en permettant au médecin de garder le secret qu'il doit aux familles et que la loi lui impose?

Nous le croyons fermement, et nous allons tâcher d'indiquer un moyen à la fois simple et pratique d'arriver à ce résultat.

Nous commencerons par mettre à l'écart les statistiques qui seraient établies sur les notes fournies par les médecins vérificateurs des décès. Cette institution, en effet, n'existe que dans certaines grandes villes, et puis est-il possible d'admettre qu'à l'inspection d'un cadavre on puisse reconnaître, d'une manière certaine, la cause qui a déterminé la mort? Je ne pense pas que personne puisse sérieusement soutenir une semblable proposition. Le médecin de l'état civil pourra dire si le défunt a succombé à une mort violente, ou non; le plus souvent il ne saurait aller au delà. Il semble, d'ailleurs, que ce rôle soit le seul qui lui ait été primitivement attribué. Et si on a voulu peu à peu donner plus d'extension à ses attributions, c'est par suite d'un abus comme les administrations sont trop portées à en commettre.

Et qu'on ne vienne pas prétendre que les renseignements fournis par l'entourage pourront suffire dans la plupart des cas, à établir un diagnostic rétrospectif. Indépendamment des connaissances spéciales que, d'ordinaire, les membres de la famille ne possèdent pas, et qui sont nécessaires pour donner des indications précises, ne voit-on pas que les familles, surtout, auront souvent intérêt à garder le silence sur des maladies diathésiques ou autres relativement auxquelles le médecin vérificateur des décès n'obtiendra que des rapports mensongers.

On a prétendu qu'il s'adresserait à son confrère, le médecin traitant; mais on a oublié, sans doute, que celui-ci n'est pas toujours dans des termes excellents avec le médecin de l'état civil et que, parfois, en supposant même qu'il ne soit pas retenu par l'article 378, il pourra bien se refuser à fournir les renseignements demandés. Et puis, la profession de la personne à qui une révélation est faite enlève-t-elle à la révélation même son caractère délictueux? Que penserait-on d'un prêtre qui irait raconter à un autre prêtre les secrets qui lui auraient été confiés au tribunal de la pénitence?

Dès lors, les statistiques établies sur de semblables bases seraient dépourvues de toute valeur.

C'est le médecin qui a donné des soins au défunt qui, seul, peut formuler un diagnostic exact, et indiquer le nom de la maladie qui a déterminé la mort. C'est donc lui seul qui, dans tous les cas, devrait être appelé à fournir à l'administration les renseignements qu'elle pourrait juger utiles à la confection d'une bonne statistique.

Dans une réunion tenue à Saint-Etienne, le 27 septembre dernier, un examen sérieux du sujet qui nous occupe eut lieu au sein de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire. Après la discussion,

(1) *Le Scalpel*, Liège, 27 juillet 1884.

(2) Nous nous associons bien volontiers aux félicitations qui furent adressées à notre confrère belge; mais nous devons protester, au nom du Corps médical français, contre certaines appréciations trop générales de M. Hulin.

Le Bourgmestre s'étant appuyé sur ce qui se passerait à Paris pour reclamer les documents qu'il prétendait exiger, M. le Dr Hulin s'écria: « On agirait à Paris » comme on veut agir ici. que ce ne serait pas un motif » de nous incliner; *ce n'est pas à Paris qu'il faut chercher des modèles de correction.* » Nous aimons à croire que l'expression a dépassé la pensée de l'orateur. Malgré des défaillances déplorables de quelques-uns de ses membres, nous avons la conviction que la conduite du Corps médical de Paris est au-dessus d'une telle critique.

(3) *Journal d'accouchements*. Liège, 15 septembre 1884, p. 231.

à laquelle prirent part presque tous les membres présents, nos confrères émirent l'avis d'inscrire, sur les bulletins de décès, le diagnostic de la maladie, mais avec les réserves suivantes :

1° Inscrire le diagnostic sur une feuille séparée ou facilement séparable de la feuille qui porte le nom de la personne ;

2° Ou bien envoyer à la mairie, sous pli cacheté, le diagnostic de la maladie.

Dans les grandes villes, cette dernière manière de procéder offrirait toutes les garanties désirables ; mais il n'en serait plus de même dans les campagnes où tout le monde se connaît et où il serait naïf de compter toujours sur la discrétion des employés de la mairie. Quant à inscrire le nom de la maladie sur la feuille, à côté de laquelle s'en trouverait une seconde, où figurerait le nom de la personne décédée, quelque faciliét qu'il y eût de les séparer, ce serait, à mon avis, une imprudence que je conseillerai toujours d'éviter

En 1879, justement préoccupée des inconvénients qui pouvaient résulter, pour le médecin, de l'inobservation de l'article 378 en matière de déclarations de décès, l'Académie de Médecine, adoptant les conclusions d'un rapport de M. Lagneau, avait donné un avis fort sage dont la stricte observation devait, selon nos honorables confrères, mettre la conscience des médecins parfaitement en repos.

« Après les formalités relatives à la déclaration et » à la constatation d'un décès, était-il dit dans ces » conclusions, l'Administration enverra *par la poste* » au médecin traitant, un bulletin sur lequel il indi- » quera la cause de la mort ; il le renverra, *par la* » *poste*, au bureau de statistique. Ce bulletin ne por- » tera ni le nom ni les prénoms du décédé.

» Des deux certificats de décès actuellement rem- » plis par le médecin de l'état civil, celui envoyé au » bureau de statistique, de même que le bulletin no- » sologique du médecin traitant, ne portera aucune » indication des nom et prénoms du décédé.

» La statistique des causes de décès sera faite à » l'Hotel-de-Ville par des médecins ».

On le voit, les précautions étaient prises de la façon la plus minutieuse contre toute révélation pouvant entraîner l'application d'une pénalité prévue par la loi.

Mais ce système mérite encore quelque-unes des critiques formulées à propos des résolutions votées par nos confrères de la Loire et de la Haute-Loire.

Si on adoptait les conclusions de M. Lagneau, en ce qui concerne le médecin traitant, quel besoin y aurait-il de faire adresser par le médecin de l'état civil, au bureau de statistique, un bulletin portant le diagnostic de la cause du décès ? Ou bien les indications qu'il contiendrait auraient été fournies par le médecin traitant — et alors ce serait uu double emploi dont la nécessité ne se fait nullement sentir — ou bien, livré à ses propres appréciations, le médecin vérificateur des décès donnerait des renseignements dont la valeur ne serait rien moins que contestable et qui ne sauraient, ainsi que l'ont fait remarquer nos confrères belges, servir de base à une statistique sérieuse. Loin de là, ils ne sauraient qu'établir des confusions éminemment regrettables et favoriser un inextricable gâchis.

D'un autre côté, l'Académie ne paraît s'être préoccupée que de ce qui se passe à Paris, et nullement de ce qui a lieu dans les villes d'une importance secondaire ou dans les campagnes dont — il faut bien le dire en passant — nos honorables confrères de la capitale tiennent trop peu de compte, estimant, sans doute — ce qui paraît vouloir devenir de mode aujourd'hui — que Paris est toute la France et que, lorsque Paris a parlé, la province n'a qu'à se taire et à s'incliner !

Quoi qu'il en soit, le système de M. Lagneau, avec quelques modifications indiquées par la nécessité de tenir compte du milieu, me paraît offrir les garanties les plus sérieuses, et c'est en nous en inspirant que, pour résoudre la question qui nous occupe, je vous proposerai les conclusions suivantes :

1° Dans chaque département où cette institution n'existe pas déjà, il sera créé un Bureau de statistique des causes de décès.

2° Des médecins seuls pourront être placés à la tête de ce service.

3° Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, profession, état civil du décédé, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt (habitation isolée, hameau, village, ville, dont la population n'excède pas N. habitants), etc., en un mot tous les éléments nécessaires d'une bonne statistique.

4° Le bulletin sera remis au maire, sous enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département. Il ne sera revêtu d'aucune signature.

5° Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ, au Bureau de statistique, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé. Des précautions minutieuses devront être adoptées pour que ce bulletin ne porte aucune trace extérieure pouvant faire connaître son point de départ.

6° Tous les trois mois (ou tous les six mois) le médecin chef de service fera le dépouillement des documents qui lui auront été transmis, et en consignera les résultats sur un registre qui devra rester aux archives du Bureau de statistique. Les décès des personnes qui n'auraient pas appelé de médecin n'entreraient pas en ligne de compte ; mais on n'aurait pas à le regretter, puisque la cause réelle de la mort ne saurait être déterminée par la simple inspection du cadavre.

Vous le voyez, mes chers confrères, ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin, dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels, et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables.

Resterait à rechercher les meilleurs moyens d'assurer l'exécution du projet que nous venons d'examiner devant vous.

Une obligation entraîne toujours une obligation réciproque. De plus, elle appelle une sanction sans laquelle elle n'aurait aucune raison d'être.

Nous devrions donc étudier la question à ce point de vue. Mais cela nous entraînerait trop loin et je courrais le risque de lasser votre bienveillante attention. D'ailleurs, si l'Administration adoptait nos idées en principe, nous aurions alors le devoir de la renseigner sur les aspirations de nos confrères syndiqués et nous n'y faillirions pas.

A. BARAT-DULAURIER.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

16 Janvier 1886. № 3 8me année

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

M. *Galliard* a publié, à la Société clinique de Paris une observation qui fait justice d'une manière irréfutable de l'opinion défendue jadis, avec talent d'ailleurs, par Parrot, et qui prouve que le rachitisme n'est pas d'origine directement syphilitique.

Quand on procède à l'interrogatoire et à l'examen des parents d'enfant rachitiques et qu'on ne trouve aucune trace de syphilis, on conserve toujours un certain doute dans l'esprit ; on se dit que la syphilis a pu passer inaperçue. Mais dans le cas suivi minutieusement par M. Galliard, des parents qui n'avaient pas présenté d'accidents suspects engendrent un enfant qui, nourri prématurément avec des soupes et des panades, élevé dans la saleté avec une oxygénation insuffisante, devient notoiremont rachitique.

Un second enfant, né seize mois après le premier, mieux nourri et mieux soigné, grâce à l'influence des conseils du médecin, s'élève avec une santé florissante.

Puis, voici que deux ans et deux mois après la naissance du premier enfant, le père est atteint d'un chancre induré du prépuce et suivi d'accidents secondaires non douteux, et cinq mois après, la femme, victime de l'infidélité de son mari, accuse à son médecin l'ensemble parfaitement net d'accidents syphilitiques secondaires.

En résumé, ce fait affranchit péremptoirement le rachitisme de toute relation avec l'existence d'une syphilis antérieure chez les parents, et prouve clairement que l'alimentation défectueuse,

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

Séance d'octobre 1885.

A PROPOS DE L'ORDRE DES MÉDECINS.

(Suite)

Nous désirerions, qu'en fait de discipline, la Chambre médicale fut un simple pouvoir exécutif, ayant la charge d'appliquer les réglements, non de les faire. Ces réglements ne seraient applicables qu'après avoir été approuvés à une immense majorité par l'Assemblée générale de tous les médecins exerçant dans le département.

En conséquence, nous modifierions ainsi la phrase citée plus haut : *elles exécuteront, en vertu des réglements admis par l'Assemblée générale, une juridiction absolue sur tous les médecins de leur ressort.*

ART. 20. — « Et pourront prononcer contre eux l'avertissement, la réprimande, la censure, l'amende, la suspension et l'interdiction ou radiation. »

Pour donner plus de garanties au prévenu, nous voudrions que le pouvoir de la Chambre de son département se bornât à la suspension, qui serait la préface obligée d'une mesure définitive, la radiation. La radiation ou l'interdiction serait prononcée par une autre Chambre que désignerait *ad hoc* le Conseil général de l'Ordre.

ART. 34 ET 35. — Mais quand nous aurons expulsé le malfaiteur de nos rangs, quand nous l'aurons déclaré indigne d'exercer la médecine, comment pourrons-nous assurer l'exécution de cette mesure ? Cette question a préoccupé le Dr Surmay, qui voudrait que la condamnation du malfaiteur fut publiée avec grand fracas par tous les pays, transmise à tous les parquets, affichée dans toutes les mairies de France, dans les justices de paix, dans les officines, etc., où serait également déposée par les soins des ministres, la nomenclature volumineuse de tous les médecins admis à l'exercice.

Voilà qui est terriblement compliqué et dispendieux !

Pas n'est besoin, croyons-nous, de cet échafaudage de

surtout et accessoirement toute autre faute d'hygiène, sont les facteurs véritables de la perversion nutritive du tissu osseux. Quand la syphilis a existé chez les parents peu de temps avant la procréation de l'enfant, on peut admettre qu'elle peut jouer un certain rôle en rendant l'enfant plus débile, mais c'est là un rôle tout à fait indirect et banal, bien différent de celui que Parrot professait.

— Dans un cas de **pleurésie purulente consécutive à une broncho-pneumonie, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde** avec formation d'une fistule pleuro-bronchique, M. *de Gennes* a trouvé dans le liquide que contenait la plèvre **deux sortes de micro-organismes :** d'abord un grand nombre de *diplocoques*, comme on en rencontre dans toute suppuration ; ensuite un certain nombre de bacilles allongés, de forme légèrement ellipsoïde, présentant un centre clair et deux extrémités assez fortement colorées par l'aniline, et qui sont les microbes qu'Eberth, et plus récemment Artaud, ont démontré comme spécifique de la dothiénentérie.

On ne saurait dire que la formation du pus a été causée par les bacilles syphilitiques. Il est plus probable que les microcoques nombreux ont été la cause de l'épanchement purulent.

Quant aux bacilles, témoins irrécusables du processus typhique, la raison de leur présence doit être cherchée, d'après M. de Gennes, dans la lésion pulmonaire de voisinage, certainement causée, celle-là, par le bacille de la fièvre typhoïde. — S'il eût été possible d'examiner le tissu pulmonaire lorsqu'évoluait la broncho-pneumonie qui précéda la pleurésie purulente, on y eût certainement trouvé le bacille typhique.

A un moment donné, la formation d'une fistule pleuro-bronchique est venue faire communiquer le foyer pulmonaire typhique avec la plèvre et l'air extérieur. Dès lors, les diplocoques venus de l'air extérieur ont déterminé la suppuration, mais les bacilles typhiques sont les témoins irrécusables du processus typhique pulmonaire.

On sait d'ailleurs que l'influence banale du froid invoquée souvent pour expliquer la venue d'une pleurésie pendant le décours de la fièvre typhoïde n'est plus guère admise ; d'ordinaire, la pleurite est consécutive à un foyer broncho-pneumonique ou à un infractus pulmonaire sous-pleural.

Académie des sciences (11 janvier). — L'observation clinique a montré à M. *Vulpian* que des lésions du bulbe, une tumeur par exemple, peuvent déterminer **l'hémianesthésie alterne** ou croisée, c'est-à-dire hémianesthésie de la face du côté de la lésion bulbaire et hémianesthésie des membres du côté opposé. L'expérimentation sur les animaux, c'est-à-dire la section unilatérale du bulbe produit le même résultat, dont l'explication réside dans la disposition anatomique des fibres nerveuses du bulbe où la racine sensitive du trijumeau du même côté se trouve juxtaposée aux fibres venues de l'encéphale au moment où celles-ci s'entrecroisent pour aller animer les membres du côté opposé.

M. *Feltz* (de Nancy) a découvert que, dans certaines conditions, le **virus charbonneux enfoui dans le sol s'atténue spontanément,** et devient de moins en moins toxique. Trois années d'expériences, portant sur trois séries d'animaux, paraissent mettre ce fait hors de doute : les animaux inoculés avec un virus prélevé dans un même terrain préalablement ensemencé, présentent des accidents dont la gravité diminue à mesure que la date de l'inoculation s'éloigne de celle où le virus charbonneux a été déposé en terre. Le fait est démontré par les lapins ; il est moins démonstratif à propos du cobaye, qui est extrême-

---

précautions. La sentence prononcée, il suffirait d'en informer, par la voix du ministre, les parquets du district judiciaire auquel appartient le médecin frappé d'interdiction ; et celui-ci, dès ce moment, passerait dans la catégorie des contrebandiers de la profession. Mis à l'index par ses anciens pairs, qui refuseront de conférer avec lui, incapable de témoigner en justice, d'être expert, de certifier médicalement quoi que ce soit ou d'occuper comme médecin un poste officiel quelconque, il se livrera aux pratiques de la médecine interlope comme les rebouteurs, ou les médecins du secret, vivant comme eux de fraude et ayant pour devise : Pas vu, pas pris.

Nous estimons, quant à nous, qu'en l'expulsant, nous avons épuisé nos pouvoirs. C'est à la justice, après cela, de surveiller ses nouveaux méfaits.

Art. 36. — Mais notre institution établie et autorisée, comment et sur quoi en asseoir sérieusement le budget?

Les moyens proposés par le Dr Surmay, article 36, pourront couvrir les dépenses que sera obligé de faire le Conseil général de l'Ordre ; mais ils ne sauraient suffire aux frais nécessités par l'installation et le fonctionnement de toutes les Chambres médicales. Il faudra bien augmenter d'un petit écu la patente ou la personnelle de chaque praticien....

Qu'à cela ne tienne.

Contrairement à nos voisins de la Côte-d'Or et du Jura, nous avons pris très au sérieux l'idée de créer un ordre des médecins, comme le prouve l'examen auquel nous venons de nous livrer. Cette conception nous a plu ; elle nous a semblé bonne, parce qu'elle donnerait satisfaction à ces besoins d'entente, de fédération, d'assistance mutuelle et d'encouragement réciproque qui se manifestent tous les jours de plus en plus par des essais de sociétés libres que l'isolement rend forcément faibles et précaires.

— A quoi, dira-t-on, ont abouti toutes les associations qui ont été fondées jusqu'ici ? Quelle a été même l'utilité des syndicats et les sociétés de prévoyance ? L'ordre que vous voudriez fonder n'aura pas des destins meilleurs....

— Il faudrait vraiment débuter dans la carrière ou n'avoir jamais souffert des misères auxquelles un médecin est exposé, réquisitions abusives, dénonciations haineuses, compétitions malhonnêtes, etc., pour ne pas

ment sensible à l'action du charbon. On conçoit de quelle importance serait la possibilité d'atténuer, par un moyen aussi simple, le virus charbonneux si on réussit à l'atténuer aussi bien que par les procédés de laboratoire.

Académie de médecine (12 janvier). — Après une communication de M. Perrin sur l'opération de la cataracte, M. *A. Gautier* a lu un important mémoire sur les **alcaloïdes dérivés de la destruction bactérienne ou physiologique des tissus animaux.**

Nous y reviendrons avec détails.

A la Société des hopitaux (8 janvier), M. *Gouguenheim* a fait connaître les résultats de 33 cas dans lesquels il a pratiqué des **injections antiseptiques dans des cavernes tuberculeuses** des poumons avec des solutions de sublimé à 1 p. 500, 1 p. 1000, et 1 p. 2000, suivant l'importance décroissante des lésions. Les accidents ont été nuls; la toux même a été modérée, quand l'injection a été faite lentement; les lieux d'élection sont les premiers et deuxièmes espaces intercostaux en avant. Dans 21 cas il y a eu une amélioration très nette des signes locaux, diminution des gargouillements ou craquements et de l'expectoration. L'état général n'a pas paru en général subir une amélioration parallèle.

MÉDECINE PRATIQUE

Travaux récents sur l'infection érysipélateuse.

Complications, connexions avec d'autres états morbides, nature, traitement et prophylaxie.

Ces dernières années ont vu paraître de fort intéressantes recherches sur divers points de l'histoire de l'érysipèle. Il nous a paru qu'il serait utile de réunir, en une revue rapide, les résultats les plus pratiques qui en découlent, surtout au point de vue de la thérapeutique et de la prophylaxie.

I

Localisations et complications.

M. *Rendu* a publié, en 1882, dans la *France médicale* un fait qui paraît un témoignage favorable de la réalité de **l'érysipèle des voies digestives.**

Une femme, ayant donné des soins à une personne atteinte d'érysipèle traumatique, et ayant elle-même une pustule d'acné excoriée sur le visage, vit un érysipèle se développer en ce point et suivre sa marche ordinaire pendant six jours, sur la face et le cuir chevelu; à ce moment, les lèvres et la langue se tuméfièrent et se fendillèrent. Un gonflement énorme du pharynx et de l'isthme produisirent une dysphagie extrême et quelque dyspnée. On vit se développer bientôt après des nausées incessantes avec une vive dou-

admettre l'opportunité d'une union défensive entre tous les membres du Corps médical.

Un ordre institué pour veiller spécialement sur nos intérêts professionnels serait appelé à nous rendre d'innombrables services ; et, malgré l'existence prospère de l'Association des médecins de France et la persistance courageuse des nombreux syndicats établis, cet ordre ne serait pas superflu le moins du monde.

L'Association, en effet, société de bienfaisance autorisée, ne sort-elle pas de ses attributions quand elle prend en mains pour un moment la direction de nos intérêts généraux? Et ne peut-on pas aussi reprocher à l'œuvre des syndicats, auxquels on conteste la légalité de manquer d'une sanction positive, et de ne pouvoir, en tout cas, exercer la répression que sur ceux des médecins qui en ont accepté les statuts ?

L'ordre des médecins constituerait un syndicat légal et obligatoire ; par conséquent, il pourrait agir sur tous et avec autorité.

Il réaliserait ainsi ce qu'on avait rêvé d'obtenir par l'union des syndicats.

C'est pourquoi nous demandons que le projet d'instituer un ordre des médecins soit étudié par une Commission spéciale de l'Association générale des médecins de France;

Que ce projet, mis à l'ordre du jour, soit discuté et voté en 1887, comme l'a été en 1884 le projet de loi sur l'exercice de la médecine ;

Qu'il soit imprimé ensuite avec des considérants pour être soumis aux délibérations du Parlement.

Les conclusions du rapport sont approuvées, et un membre du Cercle médical du pays Quingeois sera désigné pour les présenter et les soutenir à l'Assemblée générale des médecins en 1886.

Dr Perron.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de cinq membres du *Concours médical*, MM. Drouet, décédé à Malakoff; Pruvot, décédé à Flixecourt; Damon, à Saint-Just (Loire); Guichard, de Choisity à Marseille; Cartron, à Le Gua.

leur épigastrique, puis une diarrhée intense avec ballonnement du ventre considérable. L'état général était si grave qu'on crut à une terminaison fatale, puis une légère amélioration survint; à ce moment la malade accusait une douleur très vive dans toute la région périnéale et au pourtour de l'anus; on y constatait un gonflement diffus et tous les signes d'un phlegmon qui, en trois ou quatre jours, aboutissait à un volumineux abcès de la marge de l'anus. A ce moment l'état général s'améliore définitivement et la convalescence s'établit.

L'Erysipèle du larynx pourrait exister, quoique exceptionnellement, comme manifestation primitive et non secondaire à un érysipèle venu de la cavité buccale, d'après *Mackensie* et *Massei*.

Il serait caractérisé par une rougeur uniforme avec œdème colossal de la muqueuse des parois du larynx accompagné d'un état général des plus alarmants, d'une fièvre intense, évoluant en peu de jours si les accidents de sténose glottique ne mettent fin à la vie. Ce sont là des cas qu'il est difficile de distinguer de la laryngite phlegmoneuse. Le meilleur mode de traitement paraît avoir été, d'après les rares observateurs de cette forme d'érisypèle, la glace intus et extra sous forme de cravates trempées dans l'eau glacée, de petits morceaux de glace tenus constamment dans la bouche, et l'alimentation artificielle avec une sonde, enfin la trachéotomie en cas d'asphyxie imminente.

M. *Parinaud* a publié dans les *Archives de médecine*, en 1879, une étude sur **l'atrophie des nerfs optiques** consécutive à l'érysipèle de la face.

Il en cite huit faits, dont deux personnels. Cinq fois un seul œil est devenu malade, trois fois les accidents ont été binoculaires. Dans les cas où les deux yeux sont devenus malades, c'est immédiatement après la cessation de l'érysipèle. Les troubles visuels se sont développés rapidement, puis sont restés stationnaires; la cécité n'a pas été complète, sauf dans un cas et pendant deux jours seulement, puis une amélioration considérable s'est produite. L'examen ophtalmoscopique n'a pas montré de lésions notables de la papille ni des vaisseaux de l'œil. On serait donc tenté de rapporter les troubles visuels bilatéraux à une lésion des centres nerveux qu'expliqueraient les troubles cérébraux très accusés que quelques-uns de ces malades avaient eu pendant leur érysipèle.

Dans les cas d'atrophie monoculaire, au contraire, la perte de la vision s'est déclarée dans le cours de l'érysipèle. Les malades s'en sont aperçus dès que la diminution du gonflement leur a permis d'entr'ouvir les paupières. La vision a été à peu près perdue dès le premier moment, et aucune amélioration ne s'est montrée ultérieurement. L'œil sain n'a pas été consécutivement atteint, ce qui est malheureusement fréquent après d'autres atrophies papillaires de cause différente. L'altération monoculaire reconnaîtrait, d'après M. Parinaud, pour mécanisme une inflammation transmise directement au nerf optique par la veine ophtalmique et la veine centrale de la rétine ou par les lymphatiques entourant ces vaisseaux, — à moins qu'il ne s'agisse d'une thrombose de l'artère centrale de la rétine.

L'érysipèle lié à la menstruation ou **érysipèle cataménial**, d'observation si fréquente, est-il de nature infectieuse? Il est possible que, dans beaucoup de cas, il s'agisse de simples poussées d'angioleucite survenant chez des sujets strumeux. Ce sont des érysipèles à retentissement le plus souvent modéré sur l'état général. M. *Grelléty*, qui en a rapporté des faits dans la *Gazette obstétricale*, en 1878, lui assigne une bénignité remarquable et une tendance à perdre de son intensité à chaque rechute. Ce fait pourrait d'ailleurs s'accommoder fort bien avec les doctrines microbiennes, l'organisme acquérant une immunité graduelle.

On a pourtant vu un érysipèle récidiver 35 fois à 35 époques menstruelles. D'après Thomas (thèse de 1875), la moyenne serait de 10 à 12 récidives. Dans la période intercalaire, les femmes sujettes à ces érysipèles cataméniaux récidivants, conservent un gonflement œdémateux, une bouffissure des téguments de la face, apanage de la scrofule. C'est généralement avant l'apparition des règles plutôt que pendant le flux menstruel ou au déclin de celui-ci qu'il se montre. Chez les femmes qui y sont prédisposées, c'est au début et à la fin de leur vie menstruelle, à la puberté et à l'approche de la ménopause que l'érysipèle a été noté surtout.

C'est, bien entendu, dans le traitement hygiénique et médicamenteux de la scrofule elle-même qu'il faut chercher le moyen de débarrasser les malades de cette infirmité.

Un rapprochement s'impose entre l'érysipèle cataménial récidivant et certaines angines récidivantes survenant chez des femmes, presque à chaque époque cataméniale, pendant presque toute la durée de la vie utérine, précédant les règles de trois à quatre jours en moyenne, angines érythémateuses, avec une légère sensation de sécheresse et de soif, peu de dysphagie et une petite toux gutturale (Thèse de Genot, 1882).

II

Connexions de l'érysipèle avec d'autres états morbides.

M. *Mauriac* professe que l'érysipèle peut avoir une **influence curative sur les lésions de la syphilis**, dans le cas, bien entendu, où les accidents cutanés et muqueux ne sont pas accompagnés de cachexie. Il a vu des plaques muqueuses, en pleine activité, confluentes, au point d'avoir déterminé dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux des lèvres, une sorte d'œdème dur, plastique, et une énorme tuméfaction indolente des ganglions, disparaître comme par enchantement, ainsi que l'angine syphilitique qui les accompagnait, après un érysipèle de la face qui n'avait duré que cinq à six jours. Cette influence curative

d'un érysipèle intercurrent, à réaction fébrile, s'exerce simultanément sur toutes les lésions syphilitiques, quelle que soit leur distance du foyer où évolue le processus inflammatoire. Il y a donc lieu d'admettre que l'action salutaire de l'érysipèle, en pareil cas, est double : d'une part, l'inflammation érysipélateuse des téguments modifie les lésions syphilitiques cutanées ou muqueuses sur les points de la peau qui sont à la fois le siège des deux dermopathies ; d'autre part, le mouvement fébrile provoque des modifications générales dans toute l'économie qui, soit par l'élévation de la température, soit par quelque changement apporté passagèrement à la constitution chimique ou physique des humeurs, rendent celles-ci moins hospitalières au virus syphilitique. La fièvre érysipélateuse n'est pas la seule à produire cet heureux résultat : on a signalé les mêmes effets favorables sur la syphilis du rhumatisme articulaire aigu, de la variole, de la furonculose avec fièvre. Ce sont surtout des accidents de phagédénisme qu'on a vu disparaître après l'évolution d'une de ces maladies pyrétiques et notamment de l'érysipèle.

L'érysipèle intercurrent dans les grandes pyrexies ou survenant dans leur déclin, a été l'objet d'études intéressantes.

Quand il se montre au cours de *la variole*, les anciens auteurs l'ont jugé très diversement ; quelques-uns l'on déclaré presque toujours mortel ; le plus grand nombre ont admis un pronostic relativement favorable, surtout s'il reste limité à la face. Un élève de M. Brouardel, M. *Cavarré*, a, en 1880, publié un travail qui justifie plutôt cette manière de voir optimiste. L'auteur croit l'érysipèle plus fréquent qu'on ne l'a dit au cours des épidémies de variole, surtout dans les cas bénins et discrets. C'est presque toujours à la période de dessiccation qu'il survient, quelquefois même en pleine convalescence, la desquamation étant complètement terminée. Il conserve ses allures habituelles ; mais tandis qu'il est d'un pronostic absolument bénin, s'il demeure limité à la face, il est extrêmement grave s'il envahit le tronc et les membres ; il s'accompagne, en effet, de foyers de suppuration multiples dans le derme et dans les régions ganglionnaires commandées par la lésion dermique, ce qui n'est pas surprenant, étant connue la tendance pyogénique de l'affection varioleuse. Dès le début de ces graves érysipèles on note les marbrures, l'oedème dur, indice de l'érysipèle phlegmoneux. La mort est très souvent la conséquence de ces érysipèles ambulants.

Il en est souvent de même après la *fièvre typhoïde* ; l'érysipèle prend alors facilement l'allure phlegmoneuse, et, en se promenant sur une grande étendue du corps, peut laisser sur son passage d'innombrables collections purulentes, sources d'une pyohémie mortelle. L'érysipèle qui se montre dans les deux premiers septénaires de la fièvre typhoïde est, au contraire, assez ordinairement bénin.

En 1882, M. Verneuil, à la Société de chirurgie, citait trois faits desquels il résulterait que les malades qui ont déjà présenté un érysipèle, **à l'occasion d'un traumatisme opératoire** ou accidentel seraient plus aptes à contracter un nouvel érysipèle à l'occasion d'une nouvelle opération. Dans les trois cas, l'érysipèle fut mortel à cette seconde apparition ; c'est là une notion qui devra faire réserver le pronostic des opérés qui auront déjà eu des érysipèles post-opératoires.

III

Nature parasitaire de la dermite érysipélateuse.

La nature de l'érysipèle a été singulièrement éclairée par les recherches anatomo-pathologiques contemporaines. C'est une inflammation oedémateuse aiguë de la peau, une dermite oedémateuse ; mais cette définition ne suffit pas à le caractériser ; il faut ajouter, avec M. Cornil, que c'est une dermite de nature infectieuse. La nature parasitaire de l'érysipèle, aujourd'hui démontrée, doit être prise en grande considération ; car nous montrerons tout à l'heure que cette notion est notre meilleure base d'appréciation, au point de vue du meilleur mode de thérapeutique.

Les anatomo-pathologistes du commencement du siècle avaient considéré l'érysipèle soit comme une phlébite (Ribes, Copland, Cruveilhier), soit comme une lymphangite (Blandin). Les travaux contemporains ont fait justice de cette erreur. M. Vulpian (1868) fit remarquer que, dans les mailles du derme, on trouve une accumulation de cellules lymphatiques. Volkmann et Stendner (1868) rattachèrent cette lésion à la découverte que venait de faire Cohnheim, la diapédèse des globules blancs hors des vaisseaux sanguins dans le processus inflammatoire.

Bientôt la notion parasitaire se dégage. M. Nepveu (1870) avait montré des bactéries dans la sérosité de l'érysipèle, et même dans le sang. Fehleisen (1883) a démontré que l'érysipèle est causé par des bactéries dont on peut déceler la présence dans les préparations faites sur la peau malade, il les a cultivées et inoculées souvent à l'homme. En 1883-84, M. Cornil consacrait, dans ses leçons à la Faculté, l'étiologie parasitaire de la dermite érysipélateuse.

Outre la diapédèse et la multiplication cellulaire, son processus anatomique comporte un exsudat fibrineux dans le derme et le tissu conjonctif sous-cutané, et, en outre, la présence de nombreuses bactéries. Celles-ci ont un diamètre de $0^{mm}.0003$, elles sont constituées par des spores réunies deux à deux ou en chapelet, qui présentent souvent une forme sinueuse. Elles sont réunies en groupes dans les espaces interfasciculaires, dans les vaisseaux lymphatiques ; dans les lobules adipeux sous-cutanés on les voit occuper les cellules adipeuses elles-mêmes, elles sont logées dans le protoplasme qui entoure la gouttelette de graisse.

Un autre siège de prédilection pour les bac-

téries, c'est la périphérie des poils. Il en existe aussi dans la gaîne des poils qui peuvent être considérés comme une des voies d'élimination des bacilles. Cette disposition peut faire comprendre le mécanisme de la chute des cheveux qui est presque constante dans les régions du cuir chevelu touchées par l'affection. Il est inutile d'ajouter que c'est la méthode de coloration par les couleurs d'aniline qui permet de distinguer nettement les bactéries de l'érysipèle au milieu des éléments cellulaires de la peau enflammée.

C'est dans le liquide des bulles ou phlyctènes, si fréquentes en certains points de la zône érysipélateuse, que M. Nepveu avait vu tout d'abord les bactéries. Fehleisen, les ayant cultivées, les inocula à des malades dans un but thérapeutique pour chercher à modifier certains états morbides, en particulier le cancer. Les inoculations ont constamment donné des résultats positifs. Les érysipèles ainsi provoqués ont toujours été bénins, sauf dans un cas où le malade faillit mourir. M. Cornil déclare que, si on se place au point de vue exclusivement scientifique, les expériences de Fehleisen paraissent rigoureusement irréprochables.

Des notions anatomo-pathologiques que nous venons de résumer, plusieurs points doivent être retenus. L'extension de l'érysipèle sur nos tissus et nos muqueuses, s'opère par suite de l'envahissement du réseau lymphatique et des espaces interfasciculaires du tissu conjonctif par les microbes. Nous voyons là une indication thérapeutique toute tracée. Ce sont les substances réputées les plus antiseptiques qui seront logiquement les meilleurs topiques à opposer à l'érysipèle envahissant.

La localisation des microbes au niveau des poils explique la récidive fréquente chez les mêmes individus, à court intervalle, d'un érysipèle qui avait occupé les régions pilifères. Notre ami Barette, dans une de ses excellentes Quinzaines chirurgicales (7 novembre 1885), analysait une communication très intéressante que M. Verneuil a faite, en octobre dernier, à la Société de chirurgie, sur la pathogénie et la prophylaxie des érysipèles à répétition. Le microbe érysipélateux se cantonne probablement, alors qu'on croit l'affection guérie, dans les cavités de la face ou les autres cavités accidentelles, mais, surtout dans les régions pilifères, la barbe, les vibrisses des fosses nasales et du conduit auditif externe; puis, à l'occasion d'un coup de froid, d'une cause dépressive quelconque, mettant le sujet en état d'opportunité morbide, les microbes sortent de leurs repaires, et, prenant tout à coup un développement rapide, infectent une région plus ou moins étendue.

On conçoit quelle importance cette notion si vraisemblable acquiert au point de vue de la prophylaxie de ces érysipèles à répétition. Avant de considérer les malades comme complètement guéris, on devra leur faire subir une désinfection rigoureuse, en nettoyant exactement, non seulement toutes les régions envahies par l'érysipèle, mais les régions et cavités circonvoisines, surtout celles qui sont couvertes de microbes. Comme le déboisement a contribué peu à peu à faire disparaître les bandits qui infectaient certaines contrées, l'opération de couper ras, au ciseau, la barbe et les cheveux, est certainement utile à la prophylaxie des récidives de l'érysipèle.

Il nous a été donné récemment de suivre un exemple bien instructif d'érysipèle récidivant d'après le mécanisme précité. Un sujet, notoire strumeux, atteint d'un érysipèle de la face était entré à l'hôpital Lariboisière dans le service de notre maître, M. Bouchard. Quand l'affection fut guérie, nous lui conseillâmes de faire le sacrifice d'une superbe barbe noire épaisse et bouclée qui couvrait son menton et ses joues. La coquetterie le poussa à refuser. — Quelques jours après, récidive. Guérison. Nouvelle proposition de faire couper sa barbe. Nouveau refus. Nouvelle récidive. Nous lui faisons faire des injections d'une solution de bi-iodure d'hydrargyre dans les fosses nasales.

Malgré cette précaution, récidives nouvelles. Cet homme en eut sept successivement, en deux mois de temps, et la disparition ne fut définitive que quand le malade, agacé de ne pouvoir guérir, et enfin convaincu par nos raisonnements, se fût laissé couper la barbe, que toutes les lotions savonneuses et antiseptiques n'avaient pu désinfecter. Un fait fort intéressant, c'est que les récidives avaient été de plus en plus bénignes au point de vue des manifestations générales. Le placard de dermite n'était guère moins étendu ni moins turgescent à chaque poussée nouvelle, mais la poussée thermique était d'un ou deux jours ou de quelques heures seulement, tandis que la première atteinte avait été accompagnée pendant une semaine *de symptômes généraux* vraiment *typhoïdes*.

IV

Traitement.

Ces considérations nous conduisent à formuler quelques indications thérapeutiques.

C'est probablement à tort que, jusqu'à ces dernières années, les médecins qui ont soigné des érysipèles se sont contentés d'appliquer sur les parties malades de la peau, des topiques anodins, simplement destinés à pallier la cuisson éprouvée par les malades. La poudre d'amidon et la classique compresse d'eau de sureau nous semblent avoir fait leur temps et il y a lieu de leur substituer des antiseptiques qui puissent enrayer l'extension des microbes générateurs de la dermatite érysipélateuse. En un mot, le traitement local de l'érysipèle doit prendre, pensons-nous, une importance plus considérable.

Il avait beaucoup préoccupé les médecins d'autrefois; mais, lassés d'essayer infructueusement les substances les plus diverses sans résultat notable, les praticiens ont fini par se laisser décourager de toute tentative ayant pour but d'arrêter le processus local. Combattre les symptômes généraux, quand ils sont intenses, était presque de-

venu le seul précepte. Trousseau avait donné l'exemple. Depuis que l'anatomie pathologique est venu nous éclairer sur le processus érysipélateux, nous n'avons plus le droit de rester indifférents au **traitement local**, et voici quelques moyens plus ou moins recommandables.

On a cherché à combattre l'envahissement des zones encore saines de la peau, en circonscrivant la zone érysipélateuse par une série *d'injections sous-cutanées d'acide phénique*, en solution à 1 0/0, répétées quotidiennement matin et soir. Nous n'avons aucune expérience personnelle sur l'efficacité de ce procédé; on a dit que l'érysipèle disparaissait du 5[e] au 6[e] jour sans que les injections eussent donné naissance à aucune irritation locale.

M. Flaminio Tassi a préconisé, vers 1880, des applications sur le placard érysipélateux avec une *solution saturée d'acide picrique*. Il se proposait à la fois de combattre la pullulation et l'envahissement des microbes et d'obtenir une action astringente sur les tissus, d'anémier le derme et de faire résoudre les exsudats intra-dermiques. Il n'a malheureusement pu citer que quatre cas dans lesquels le succès ait été net; les malades n'ont d'ailleurs accusé aucune douleur spéciale. (*Bulletin de thérapeutique, 1881*)

Parmi les topiques, nous citerons le *carbonate de plomb* en solution huileuse avec enveloppement ouaté: Barnwel, W. Rees, Park's (*Médic. Record, 1883*), mais les sels de plomb n'ont qu'une place peu élevée dans la hiérarchie des antiseptiques.

Le *nitrate d'argent* en solution a été employé en badigeonnage. Le *collodion iodoformé*, agissant au double titre d'antiseptique et d'astringent, a été préconisé depuis peu. Nous ne l'avons pas essayé.

Rothe (*Therapeutic Gazette*, 1882) a recommandé de badigeonner, toutes les deux heures, les surfaces érysipélateuses avec la mixture suivante, qui ne cause aucune douleur :

Acide phénique...........	ââ 1 partie.
Alcool.....................	
Essence de térébenthine....	2 —
Teinture d'iode............	1 —
Glycérine..................	5 —

Il est évident que la plupart des substances qui entrent dans la composition de cette mixture agissent à titre d'antiseptiques. C'est aussi comme agent antiseptique, plutôt que comme astringent, probablement, que M. du Cazal a prescrit des onctions avec une pommade boriquée :

Acide borique.............	20 grammes.
Vaseline..................	60 —

Mais ce sont les *sels de mercure* qui, sans contredit, doivent primer tous les agents antiseptiques dans le traitement local de l'érysipèle.

Les lotions au bichlorure de mercure (sublimé 1 p. 100, proportion de la liqueur Van Swieten) ou au bi-iodure, sèchent trop vite. Elles sont excellentes pour injecter dans les cavités nasales ou de l'oreille, pour désinfecter, à titre prophylactique, la barbe et les cheveux, mais il faut, pour que l'action antiseptique soit constante, que le mercure soit incorporé à un corps gras et reste adhérent aux téguments.

La pommade au calomel ne jouit que de faibles propriétés antiseptiques; on pourrait faire des pommades au bi-iodure. Mais un topique commode, adopté par Bouchard, et qui donne d'excellents résultats, est *l'onguent napolitain* vulgaire.

Voici donc le traitement local de l'érysipèle que nous recommandons : Etendre sur les parties envahies une couche légère d'onguent napolitain, mais surtout recouvrir d'une couche assez épaisse de cet onguent toutes les parties limitrophes, c'est-à-dire la peau encore saine jusqu'à dix centimètres au delà du liséré érysipélateux.

S'il s'agit de régions pilifères, il faut d'abord couper les poils ou les cheveux impitoyablement, au ras des téguments, avec des ciseaux courbes, mais non pas au rasoir pour ne pas faire d'excoriations qui ouvriraient la voie à une auto-inoculation plus étendue. Ce sacrifice n'en est guère un d'ailleurs, puisque la chute spontanée de ces phanères suit généralement la guérison de l'érysipèle dans les régions qu'il a envahies.

Matin et soir, lotionner avec une solution antiseptique chaude au bi-iodure ou à l'acide borique, — seringuer avec cette même solution les fosses nasales et les conduits auditifs; — puis réappliquer une nouvelle couche d'onguent. Voilà ce qu'il convient de faire dans les érysipèles sans abcès ni sphacèle. Il faut, bien entendu, surveiller attentivement l'état des gencives et des dents au point de vue de la stomatite mercurielle. On fera gargariser préventivement le malade avec une solution de chlorate de potasse et d'eau alcoolisée alternativement. La stomatite ne se montre guère qu'après plusieurs jours d'applications hydrargyriques, c'est-à-dire à un moment où l'érysipèle est guéri. On les supprime alors.

L'érysipèle, une fois guéri, nous insistons sur la nécessité de faire une désinfection prophylactique minutieuse de toutes les anfractuosités de la face, d'abord avec des lotions savonneuses chaudes, puis avec des lotions et injections hydrargyriques ou tout au moins boriquées chaudes. La chaleur permet aux substances médicamenteuses d'imprégner plus profondément les éléments épithéliaux et glandulaires.

Nous ne nous appesantirons pas sur le **traitement général** de l'érysipèle.

A titre d'antiseptique général, on a le droit d'essayer le *calomel* (une pilule de 2 centigrammes toutes les deux heures), jusqu'à concurrence de 0 gr. 40 centigr. par jour, en diminuant ou suspendant la dose suivant l'état des gencives.

Le *sulfate de quinine* peut être donné soit à titre d'antiseptique, soit à titre d'antithermique. Mais il ne faut pas s'attendre à en obtenir grand résultat. La quinine qui produit, dans la fièvre typhoïde et dans certaines formes d'infection puerpérale, de si remarquables abaissements thermiques, ne donne que des abaissements insi-

gnifiants ou nuls dans la fièvre érysipélateuse.

La pratique traditionnelle d'un *émèto-cathartique au début*, contre l'état saburral des voies digestives, nous paraît digne d'être conservée.

Contre le *délire*, conviennent l'*opium*, surtout sous forme de laudanum, associé au *chloral*, ou le *bromure*, suivant l'aptitude des sujets.

L'alcool trouve son indication chez les alcooliques, et chez les sujets qui, convalescents d'une maladie récente, sont plongés rapidement dans l'adynamie, par un érysipèle secondaire.

L'emploi du vin de quinquina à très hautes doses a donné de bons résultats à M. Jaccoud, qui en a fait la base de la thérapeutique de l'érysipèle.

Le café ne doit pas être négligé comme un excellent stimulant en cas d'adynamie.

Les cas de délire très violent, avec agitation et hyperthermie seront souvent très heureusement modifiés par quelques *bains tièdes*. Contre les *complications méningitiques*, l'application d'un sac de glace sur la tête, le malade étant dans un bain tiède, est une pratique logique, à la condition que la glace soit maintenue en permanence jusqu'à la disparition définitive des troubles cérébraux.

PAUL LE GENDRE (PAUL GERNE).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Fonctions des médecins de l'hôpital et des bureaux de bienfaisance en adjudication

Merxem-lez-Anvers, 16 décembre 1885.

Monsieur le Rédacteur du *Scalpel*,

Je me permets de vous donner communication d'un fait qui se passe en ce moment dans notre commune et qui est assez intéressant, à mon avis, pour être connu de vos lecteurs. Je vous en laisse d'ailleurs complètement juge :

« Par lettre du 14 décembre dernier, les Administrations des Bureaux de Bienfaisance et de l'Hôpital me font connaître que la place de médecin sera sera donnée, *par adjudication*, au moins offrant, samedi prochain, à 4 heures. »

Pour toute réponse, j'ai communiqué ie fait à M. le Gouverneur de la province, ainsi qu'à la Commission médicale provinciale.

Mon mandat de médecin de ces administrations n'expirant qu'en 1887, j'ai envoyé du papier timbré à leurs Présidents respectifs, ainsi qu'à M. le Bougmestre qui a présidé leur séance

Je vous donne toute lattitude pour apprécier ma conduite, si cela peut vous faire plaisir, et vous prie d'agréer, etc.

Dr F. H. VAN AERTSELAER.

II

A propos du cumul de la médecine et de la pharmacie.

Un article publié la semaine dernière, par la *Nation*, déplore la situation fâcheuse faite aux pharmaciens belges, par suite des empiètements des médecins, des boutiquiers et des droguistes.

Afin d'essayer de ramener la prospérité à l'officine, la Société Royale de Pharmacie de Bruxelles, érigée en comité de défense, a adressé plus de deux cents plaintes aux Commissions médicales du royaume ; elle a en outre dénoncé plusieurs faits délictueux dont elle espère obtenir la condamnation devant les tribunaux.

Le premier objectif de ce syndicat des pharmaciens est de demander à la Législation la suppression à bref délai du cumul de la médecine et de la pharmacie, spécialement là où exerce un pharmacien.

Satisfaction étant donnée sur ce point, l'âge d'or de la pharmacie ne refleurira pas encore ; car le nombre des *cumulards* n'est pas assez considérable pour oser espérer le salut par cette réforme.

Ainsi, dans la province de Namur, sur 120 médecins, 3 seulement tiennent officine dans des localités où se trouve un pharmacien établi.

Mais oserait-on affirmer qu'il n'y a que 3 pharmaciens, sur les 85 que compte cette province, qui font des incursions sur les terres des médecins ?

Généralement, les pharmaciens montrent un attachement sévère aux devoirs de leur profession et inspirent une confiance telle qu'il n'est pas permis d'avoir le moindre doute sur leur probité. Cependant, il est des irréguliers, et nous citerons quelques exemples des vertus extra-professionnelles de certains d'entre eux.

L'un annonce dans les journaux qu'il vend du baume contre les panaris, les abcès, les anthrax, qui guérit sans l'intervention chirurgicale, toujours douloureuse. Un autre vend de l'onguent Saint-Hubert contre la rage. Tel autre fait appliquer des sangsues à une femme anémiée, atteinte de carie vertébrale. On en a vu traiter à domicile et poser magistralement un diagnostic. Il y en a qui disent à un phtisique : « Le médecin a tort de réprimer vos sueurs nocturnes, ces sueurs sont salutaires », et ceux, donc, qui guérissent infailliblement l'épilepsie ?

Admirons l'assurance de ces messieurs qui, après de pareilles incartades, osent montrer les dents dès qu'ils voient un médecin manier le pilon.

Les médecins de campagne qui délivrent eux-mêmes des médicaments à leurs malades, ont presque toujours des raisons sérieuses de le faire.

(*Le Scalpel*).

III

Affaire Wattelet en cassation

On n'a pas oublié que M. le docteur Wattelet avait été condamné correctionnellement pour avoir révélé la maladie dont M. Bastien-Lepage, à qui il avait donné ses soins, était mort en décembre dernier. Le jugement de première instance fut confirmé en appel. Le docteur se pourvut en cassation, en se fondant sur ce qu'il n'y avait pas eu de sa part intention de nuire.

Mais la cour a décidé que le délit de violation de secret professionnel par un médecin n'exige pas pour sa constitution l'intention de nuire : il suffit qu'il y ait révélation, par un médecin, de la maladie dont est mort le malade confié à ses soins.

Ce délit existe notamment lorsque le médecin, d'après les constatations de fait de l'arrêt attaqué, a publié dans un journal une lettre faisant connaître les circonstances de la dernière maladie et les causes de la mort, dès que c'est volontairement qu'il a fait cette publication, fût-ce même dans la pensée de rétablir la vérité sur la maladie à laquelle certains bruits avaient attribué une mort préjudiciable à la mémoire du défunt.

Tels sont les motifs de l'arrêt qui a rejeté le pourvoi du docteur.

(*Hygiène de la Famille*, de Bordeaux).

IV.

Les pharmaciens et les médecins devant la loi sur les syndicats.

Monsieur et cher Directeur,

Vous avez sans doute connaissance du jugement du tribunal de la Seine (4 novembre dernier) au termes duquel :

Le Syndicat des pharmaciens existe légalement et peut ester en justice.

Les considérants de ce jugement m'inspirent les réflexions suivantes :

1° L'exercice illégal de la pharmacie y est qualifié de *délit*.

Et je ne puis m'empêcher de remarquer que l'exercice illégal de la médecine n'a jamais été considéré que comme une simple *contravention*. De là les discussions sur la peine à infliger aux contrevenants et la thèse soutenue par certains magistrats que les guérisseurs de contrebande ne sont en aucun cas passibles de la prison en cas de récidive, *s'il n'y a pas usurpation de titre*.

Réponse. — 1° L'exercice illégal de la médecine dans le projet de loi Chevandier est qualifié *Délit*. Les pénalités sont prévues.

2° Les médecins qui exercent légalement la pharm cie, pourraient, en effet, se syndiquer. Mais les sy dicats se composent, en majorité, de médecins qui n'exercent que leur profession.

3° Les arguments que vous faites valoir ont été présentés sans succès devant la magistrature. Mieux vaut ne pas épiloguer et faire nos efforts pour obtenir une interprétation de la loi de 1884 sur les syndicats.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr Margueritte, président ; M. Cézilly, vice-président ; MM. Destrem, Milet, assesseurs ; M. Barat-Dulaurier, secrétaire-trésorier.

Projet de création d'une société centrale de déontologie

PAR

LE Dr LADREIT DE LACHARIÈRE

Voici les principaux passages du discours prononcé par notre distingué confrère, lors de la première réunion des délégués des Sociétés d'arrondissement de Paris.

Messieurs,

Je vous convie à jeter avec moi un coup d'œil rapide sur les conditions modernes de l'exercice de la médecine. Elles nous apparaissent différentes, suivant que nous considérons les sommets de notre édifice social ou les régions plus modestes, où la lutte pour la vie est plus apparente.

Ceux qui, par leurs travaux et par les hautes situations qu'ils occupent, sont au premier rang de notre corporation, nous donnent trop souvent l'exemple de préoccupations d'intérêt que je ne puis approuver.

Je ne saurais prétendre que le médecin ne doive pas demander la récompense matérielle et légitime de ses services, mais je ne puis accepter qu'il se laisse dominer par la question du rendement professionnel. Je sais bien que plus on s'élève dans le milieu social, plus on coudoie la richesse et l'opulence ; mais est-il bien nécessaire tout cet apparat extérieur pour se montrer l'égal de tout le monde !

Je ne parlerai pas des moyens-réclames employés pour faire affluer le public dans le cabinet : mes allusions deviendraient transparentes, et je ne veux faire ici aucune personnalité. Ce que je puis dire c'est que les honoraires ont pris, de nos jours, des proportions qui font oublier le caractère de notre profession. Nous ne devons pas tailler dans la fortune de nos clients, mais nous borner à exiger la rémunération du service rendu.

L'avidité du médecin trouve sa contre-partie dans le peu d'honorabilité du client. Avant le traitement ou l'opération, la crainte du danger lui inspire les assurances et les promesses les plus généreuses ; mais, après la guérison, il oublie ou refuse de payer. En acceptant les conditions d'une opération, indi-

quée d'avance, il fait quelquefois des restrictions mentales, pensant qu'après tout, s'il est appelé en justice, les honoraires seront réduits à des proportions plus modestes.

Pour éviter ces désagréments, le chirurgien demande parfois que le paiement des honoraires précède l'opération, et nous avons pu entendre parler d'opérations urgentes qui avaient été différées par la question d'argent. Ce sont là, messieurs, des tendances mauvaises, des exemples déplorables.

La revendication des honoraires vis-à-vis des clients désireux de ne pas payer, est certainement une des difficultés de notre profession, que ceux qui ont quelque aisance résolvent en passant la créance au compte des profits et pertes, comme on dit dans le commerce. Le confrère, peu fortuné, qui a compté sur les rentrées pour faire honneur à ses engagements, se sent douloureusement atteint par ces actes de mauvaise foi, et met ses créances entre les mains d'hommes d'affaires pour en obtenir le paiement. Sa dignité souffre de cette nécessité, et les frais absordent la meilleure part des sommes qu'il revendique. Heureux s'il ne rencontre pas un magistrat qui s'étonne qu'un homme qui fait partie d'une corporation, dans laquelle l'abnégation et le dévouement sont la règle, puisse se présenter à sa barre pour réclamer de l'argent.

Mon désir est d'éloigner du médecin ces coupes pleines d'amertume, et lorsque la nécessité de réclamer des honoraires légitimes s'impose, je voudrais qu'il ait derrière lui l'Association pour se mettre en son lieu et place.

Continuons, si vous le voulez bien, notre étude et regardons un peu par le gros bout de la lorgnette.

Nous apercevons bien loin de ceux dont nous venons de nous occuper ceux qu'on appelle les « petits médecins ». Ils ne sont petits que par la valeur de leurs honoraires ; car c'est parmi eux que nous retrouvons toutes les vertus médicales : la patience, le dévouement et l'oubli de soi-même. Ce sont les humbles, ceux qui luttent pour l'existence, qui ne connaissent pas les grossea aubaines, mais qui n'ignorent aucune des difficultés de la pratique.

Il y n'a à redouter pour eux l'oubli des devoirs professionnels, et ils ont besoin d'être protégés contre ceux qui cherchent à abuser de leur situation difficile.

Cette clientèle, que légitimement ils voudraient voir grandir, ils la voient aller aux charlatans. Ils s'installent, bien pénétrés des devoirs professionels, puis ils se laissent envahir par des compromis avec leur conscience ; ils mettent à leur porte une plaque qui ressemble trop à celle du coiffeur, ils acceptent d'aller voir tous les malades sans s'inquiéter s'ils sont déjà soignés par un confrère, donnent des certificats pour patronner des médicaments plus ou moins utiles, acceptent une association pour la vente de certains médicaments, donnent des consultations dans une pharmacie, et y touchent des honoraires. Tout cela, messieurs, ressemble au tripotage.

Observez un peu ceux qui, sans titres scientifiques, sans position qui les mettent en évidence, gagnent des sommes un peu rondes avant que l'âge et le temps aient pu grouper autour d'eux une de ces clientèles qui sont l'honneur du médecin et des malades. Vous en trouverez bien quelques-uns que vous qualifierez d'enfants gâtés de la fortune, mais vous en trouverez beaucoup d'autres qui auront arboré un drapeau qui, pour eux, n'est qu'un panache. Celui-ci fait de l'homéopathie, celui-là de la dosimétrie, un troisième se dira le représentant de je ne sais quel charlatan qui fait fortune de l'autre côté des Alpes. Quelques-uns afficheront sur leur porte *spécialistes* pour les rhumatismes, les maladies d'estomac, etc., etc. Regardez encore dans ce milieu, et vous apercevrez les médecins ambulants qui font annoncer leur passage ou leur visite périodique dans une ville de province pour y donner des consultations et y pratiquer des opérations.

Je ne m'abaisserai pas, messieurs, à vous parler de ceux qui tiennent boutique et qui ont répudié toute pudeur pour exploiter la crédulité publique.

Vous ne m'accuserez pas, j'espère, de charger les couleurs pour les besoins de la cause que je soutiens ; il n'est pas une des catégories que je viens d'indiquer à laquelle je ne pourrais attacher un nom, mais je ne suis point un dénonciateur ; je ne suis l'ennemi de personne, et, après vingt-quatre ans d'une vie médicale qui n'a jamais failli à l'honneur professionnel, je viens vous dire qu'à tous les degrés de notre échelle sociale, il y a des gens qui ont pour devise : *Disease is money*, et agissent en conséquence ; qu'il y en a qui, sans être de malhonnêtes gens, font plier nos règles déontologiques qui sont la sauvegarde de notre honneur ; qu'il y en a, enfin, que nous ne devons pas connaître, parce qu'ils déshonorent notre profession.

Pas plus que celles de mon savant maître, M. Verneuil, ces critiques n'apprennent rien à personne ; on les crie de tous côtés, et ces plaintes provoquent dans l'esprit d'un grand nombre d'hommes honnêtes cette conviction qu'il y a des lacunes dans notre organisation médicale, et qu'il est temps de faire quelque chose pour y porter remède.

Obéissant à ces aspirations, un de nos confrères, aussi distingué par son intelligence et son savoir que par son caractère, M. le docteur Surmay (de Ham), a proposé la création de l'ordre de la médecine. Ce projet, lu le 6 octobre 1884, à l'Association des médecins de l'arrondissement de Saint-Quentin, a été adressé à l'Association générale des médecins de France, qui a promis de l'examiner.

Sur tous les points du territoire, des médecins ont pensé que, s'ils devaient attendre d'en haut le secours demandé, ils pourraient bien léguer leurs espérances à leurs descendants, et ils ont formé des associations auxquelles ils ont donné le nom de syndicats.

Avant d'étudier le projet de M. Surmay et les statuts des syndicats, je me suis demandé si nous n'avions pas, dans nos institutions actuelles, les moyens d'arriver au but que nous nous proposons.

Deux Sociétés médicales, la Société de thérapeutique et la Société d'hydrologie, en me désignant leurs délégués, m'ont fait connaître qu'elles pensaient que les deux associations suffisaient à tous les besoins.

J'ai donc, messieurs, le droit et le devoir d'examiner devant vous si ces deux grandes institutions sont véritablement des associations déontologiques.

Je suis heureux d'appartenir à toutes deux, parce qu'elles font un bien considérable. Elles ont été administrées avec une sagesse qui a fait leur fortune. Ce sont aujourd'hui deux caisses assez riches pour pourvoir aux premiers besoins de toutes nos infortunes et pour adoucir à notre vieillesse les rigueurs de la misère ; mais ont-elles jamais provoqué la censure ou l'exclusion de leurs adhérents ? La discipline et l'intérêt ne peuvent, en effet, s'associer sans quelques concessions.

Vous reconnaîtrez qu'il est bien difficile, lorsque un membre a payé pendant longtemps sa cotisation, qu'il a fait des largesses à la Caisse, de lui dire : « Nous prononçons votre exclusion parce que nous apprenons que vous avez fait une association interdite avec une industrie, ou toute autre infraction à nos règles professionnelles. » Les associations ont pour-

suivi quelques fois le charlatanisme non diplômé ; elles n'ont rien fait contre celui qui était en règle avec la loi.......................................

Les raisons qui ont empêché les Associations de faire autre chose que ce qu'elles ont fait, persisteront toujours ; ces institutions sont donc condamnées à n'être que des Sociétés de secours.........................

A défaut des Associations, voyons si le projet de l'ordre de la médecine peut donner satisfaction à nos aspirations légitimes. M. Surmay propose la création d'un ordre de la médecine ayant une certaine analogie avec l'ordre des avocats ou avec les corporations des notaires, des avoués, etc.

Ce qui constituerait son autorité et sa puissance, c'est le droit que lui conférait l'Etat de donner au médecin l'investiture professionnelle. A l'Etat appartiendrait l'investiture scientifique, à l'ordre des médecins l'investiture morale.

Il y aurait dans chaque arrondissement une *Chambre médicale* élue, et au-dessus des *Chambres médicales*, un Conseil général de l'ordre siégeant à Paris, dont les membres seraient en partie désignés par la loi et en partie élus. Les Chambres et le Conseil général seraient des Chambres professionnelles et des tribunaux spéciaux.

Les Chambres d'arrondissement dresseraient les listes des médecins ayant droit d'exercer, et nul ne pourrait exercer s'il n'était admis par la Chambre, et inscrit sur la liste.

Les Chambres médicales auraient le droit d'avertissement, de réprimande, de censure, d'amende, de suspension et d'interdiction.

Ces Chambres jugeraient en dernier ressort les différends entre les médecins, et, dans certaines limites déterminées par la loi, les différends entre clients et médecins.

N'entrevoyez-vous pas, messieurs, de quelle immense autorité l'Etat se dépouillerait en faveur de notre corporation ? Je dis que cette autorité ne trouverait son égale ni dans l'ordre des avocats, ni dans l'ordre judiciaire tout entier. Pour les notaires, pour les avoués, il est possible de faire appel devant la Chambre du Conseil du tribunal ou de la Cour ; où trouverions-nous une autorité compétente pour faire appel des arrêts des Chambres médicales ou du Conseil général de l'ordre ? Ce serait revenir de cent ans en arrière.

Depuis 1789 notre pays s'est épris d'un besoin de liberté qui est devenu sa passion dominante. Nous voulons que notre liberté soit pleine et entière, et qu'elle ne trouve de limite que dans le respect de celle du voisin.

Je crains que le projet de M. Surmay, qui lui a été inspiré par les sentiments les plus honorables et les plus loyaux, n'éveille des appréhensions qui en éloigneront le plus grand nombre ; mais je suis moralement certain que, si la majorité des médecins se prononçait en faveur de l'ordre de la médecine, les pouvoirs législatifs s'opposeraient à la réalisation de ce désir.

Passez-moi l'expression, le courant ne va pas de ce côté. Déjà, il y a une vingtaine d'années, il a été question d'émanciper, au nom de la liberté, les corporations auxquelles on croit pouvoir porter envie. C'était une expropriation, et il fallait indemniser les titulaires des charges chèrement acquises. La question d'argent a été pour beaucoup dans l'abandon de ce projet.

Si, comme je le crois, la création de l'ordre de la médecine est irréalisable, voyons si les syndicats donnent satisfaction à nos désirs.

Nous protestons tous les jours contre le mercantilisme de notre profession ; nous reprochons à quelques confrères de l'exercer avec cet esprit de lucre qui anéantit ce qu'elle a de noble et d'élevé, et, pour se protéger et se sauver, nous avons en ce moment, messieurs, le spectacle de notre corporation se précipitant vers des institutions qui appartiennent spécialement au commerce. Lorsque la Cour de cassation nous fait connaître qu'elles n'ont pas été créées pour nous, que nous ne pouvons pas former des syndicats reconnus par la loi, nous nous révoltons de ne pas être traités comme l'épicerie, la cordonnerie, la boulangerie, etc., etc. Nous ne savons rien imaginer de nouveau qui soit conforme à nos traditions et à nos principes, et nous cherchons en ce moment toutes les influences qui pourront nous faire participer aux institutions du commerce. Je vois notre corporation s'égarer dans une direction fatale, et, pour la ramener, je fais aujourd'hui une tentative au dessus de mes forces.

Qu'est-ce qu'un syndicat ? Une association librement consentie entre un nombre de personnes de même profession pour la protection de leurs intérêts matériels. Ce n'est point nécessairement une association d'honnêtes gens, c'est une sorte de coalition en vue d'un intérêt commun.

A Dieu ne plaise que j'applique aux syndicats médicaux cette définition contre laquelle vous devez vous révolter ! Mais alors, si vous n'acceptez pas la chose pourquoi en prendre la dénomination ?

Notre très distingué confrère, mon ami, M. Gibert, du Havre, m'a envoyé les statuts du syndicat dont il est le promoteur. L'article 2 est ainsi conçu :

« L'adhésion au syndicat existe du moment où un « médecin domicilié au Havre ou dans la banlieue « s'est inscrit lui-même sur un registre *ad hoc*. »

Cette formule ne me suffit pas pour la garantie morale des membres de l'Association.

Je crois que nous avons besoin d'une Société dans laquelle on n'entre pas par une simple signature ; qui soit, comme les syndicats, vigilante des intérêts matériels, mais qui soit encore plus soucieuse de nos intérêts moraux, et qui devienne ainsi pour nous tous une force matérielle et morale.

Je veux pour cette association un nom qui lui soit propre, et qu'elle ne partage avec personne, et, si vous ne m'en offrez pas un meilleur, je vous proposerai celui de la Société centrale déontologique.

Pour qu'une Société de ce genre exerce une salutaire influence, il faut que son action ne soit pas trop étendue. Je pense qu'elle ne doit pas dépasser les limites d'un département, et je ne veux m'occuper aujourd'hui que de Paris et du département de la Seine. Une société de déontologie doit comprendre tous les médecins exerçant honorablement la médecine, librement associés pour faire respecter leur honneur professionnel et leurs droits.

Elle pourrait prendre pour devise ces trois mots :

Honneur, devoir, solidarité.

L'honneur n'a pas besoin de définition. Le médecin, modeste dans sa personne et dans ses habitudes pour pouvoir se mettre à la portée de tous, ne doit accepter aucun compromis avec sa conscience ou avec l'orgueil de sa profession.

Je n'ai pas besoin davantage de vous parler de nos devoirs envers nos malades et envers nos confrères, et j'arrive à la troisième partie de ma trilogie : la solidarité.

Toute association déontologique sera une œuvre mort-née, si, dans un temps prochain, elle ne devient pas *puissante* et *redoutable*.

Le projet de M. le docteur Surmay demande qu'une

législation nouvelle donne aux Chambres médicales le droit d'accorder et de retirer le droit d'exercer la médecine.

Les syndicats médicaux actuels réclament les privilèges que la législation accorde aux Chambres commerciales.

Plus libéral, je ne me plains pas de l'arrêt de la Cour de cassation; je ne demande pas la législation des syndicats, je pense qu'une Société de déontologie ne doit désirer que la reconnaissance d'utilité publique, et qu'elle ne doit chercher sa force que dans la solidarité de ses membres. C'est cette solidarité qui fit autrefois de la franc-maçonnerie l'Association la plus puissante qui ait jamais existé; faisons donc, si vous le voulez, messieurs, la franc-maçonnerie des médecins honnêtes..

J'ai cru entendre de tous les côtés de notre pays des aspirations vers une institution nouvelle capable de protéger notre honneur et nos intérêts.

Vous me pardonnerez d'avoir, pour une fois seulement, fait trêve à mes habitudes en me mettant en évidence pour vous signaler les écueils et vous montrer le port.

Statuts de la Société médicale de déontologie.

Arrêtés par la commission d'étude nommée par les délégués des sociétés médicales de Paris, le 13 décembre :

ARTICLE PREMIER. — Il est créé à Paris une Société médicale de déontologie et d'intérêts professionnels dont l'action s'étendra sur tout le département de la Seine.

ART. 2. — *But de la Société.* — Le but de la Société est d'établir entre tous les membres honorables du corps médical un lien qui leur permette de se prêter un appui dans toutes les circonstances de la vie professionnelle.

La Société de déontologie se donne pour mission de sauvegarder l'honorabilité médicale, et d'étudier toutes les questions d'un caractère professionnel qui pourront intéresser les médecins, telles que la poursuite de l'exercice illégal de la médecine.

Elle prendra l'initiative de demander aux pouvoirs publics les modifications à la législation qui paraîtraient nécessaires.

Elle substituera son action à celle de ses membres, soit en justice, soit ailleurs, toutes les fois que l'honneur médical ou un intérêt commun l'exigeront.

Elle établira, en un mot, entre tous les membres une solidarité d'honneur et d'intérêt.

Les règles de la déontologie n'étant pas de celles qui peuvent être codifiées, parce qu'elles se composent de l'appréciation d'une foule de cas particuliers, la Société tiendra un registre de toutes ses décisions et les fera connaître à tous ses membres, sans indiquer les noms des personnes qui les auront provoquées.

Elle s'interdit dans ses réunions toute discussion politique ou religieuse.

Composition de la Société.

ART. 3. — Elle se composera de tous les membres du corps médical du département de la Seine qui auront adhéré à ses statuts, et qui auront été agréés par le conseil central.

ART. 4. — *Organisation des Comités d'arrondissement et du Conseil central.* — Les Comités d'arrondissement seront au nombre de vingt-deux. Chaque Comité sera composé de tous les médecins habitant un même arrondissement qui feront partie de la Société.

Il élira chaque année son bureau et instruira toutes les affaires qui concerneront les membres de son arrondissement..

Conseil central. — Le Conseil central aura un bureau élu tous les ans par l'Assemblée générale de la Société tout entière.

Pour accorder à chaque arrondissement une représentation égale, il sera composé en outre par le président et l'un des secrétaires de chacun des comités d'arrondissement.

ART. 5. — *Attributions du Conseil central.* — Le Conseil central prononcera seul la nomination et l'exclusion des membres de la Société.

Il décidera toutes les questions d'un ordre général, et ratifiera les décisions des comités d'arrondissement. Aucune décision d'un intérêt commun ne sera définitive avant la sanction du Conseil central.

Toutes les fois qu'un membre de la Société sera obligé d'aller en justice, soit pour une affaire d'intérêt professionnel, soit spécialement pour se faire payer des honoraires, il pourra, s'il le désire, avoir le concours du président de la Société, qui se présentera en son lieu et place pour revendiquer ses droits.

Dans le cas où il s'agirait d'exiger le paiement d'une note d'honoraires, celle-ci sera examinée par la commission permanente, qui pourra la modifier; mais, si elle en reconnaît le bien-fondé, elle la remettra au président de la Société qui s'occupera, par l'intermédiaire du Conseil, d'en poursuivre le paiement.

Le Conseil central se réunira tous les mois; mais, dans l'intervalle des séances, le président sera assisté par une commission permanente dans toutes les affaires urgentes.

Le Conseil central proposera à la nomination de l'Assemblée générale les personnes qui devront composer le conseil judiciaire. Elles seront nommées pour trois ans, mais leur mandat pourra être renouvelé.

Conditions d'admission.

ART. 6. — Tout membre qui demandera à faire partie de la Société devra jouir d'une réputation d'honorabilité incontestée. Il adressera une demande au Conseil central, qui statuera dans le délai d'un mois à partir de la dernière séance.

Sanctions pénales.

ART. 7. — Tout membre qui aura commis un acte regrettable au point de vue professionnel sera entendu par le bureau du Conseil central. Il devra se conformer aux avis qui lui seront donnés, ou déposer sa démission.

Tout acte qui portera atteinte à l'honorabilité d'un membre de la Société entraînera son exclusion.

ART. 8. — *Publications.* — Tous les trois mois la Société publiera, sous forme de bulletin, un compte rendu de ses travaux. Cette publication contiendra la liste complète de ses membres.

Budget et Caisse.

ART. 9. — La Société de déontologie n'a pas de caisse de secours. Son budget sera présenté chaque année à l'approbation de l'Assemblée générale, qui fixera le chiffre de la cotisation destinée à réaliser les ressources nécessaires.

ART. 10. — Aussitôt que le nombre des adhérents le permettra, la Société de déontologie pourra fonder un Cercle médical, où les membres seuls seront admis.

Il y sera réservé une salle pour une exposition permanente des livres et des instruments nouveaux.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Decembre, 326 rue de Vaugirard

23 Janvier 1886. — N° 4 — 8me année

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Le **Concours de l'agrégation**, dont les épreuves se succèdent depuis six semaines devant la Faculté, et qui ne doit prendre fin qu'au mois de mars, a donné lieu, dans la presse médicale, à diverses appréciations. Nos lecteurs savent combien la question des concours tient de place aujourd'hui dans notre organisation sociale et en particulier dans le monde médical. Le Concours a ses partisans et ses détracteurs qui peuvent les uns et les autres faire valoir de bonnes raisons à l'appui de leur manière de voir. Nous ne les suivrons pas dans l'exposé général de ces arguments, et nous n'aborderons que quelques points qui peuvent être débattus utilement, à propos du Concours de l'agrégation en médecine.

Quelles considérations doivent guider la Faculté, dans le recrutement du corps des agrégés, la pépinière du professorat? — Elle doit, nous semble-t-il, avoir en vue un double but : 1° Tenir en réserve des hommes instruits de tout ce qu'on sait de leur temps en médecine et capables de l'enseigner aux étudiants le jour où il deviendra nécessaire de leur confier un cours complémentaire; 2° mais aussi attacher à la Faculté, pour lui donner en même temps la solidité et l'éclat, de jeunes savants qui se soient déjà signalés par des recherches personnelles, gages de travaux originaux plus importants encore dans l'avenir.

On sait combien il est difficile de poursuivre des travaux de recherche dans les sciences médicales, quand on n'a pas à sa disposition les moyens matériels que seule la Faculté avec ses laboratoires et son budget peut fournir; devenir agrégés est donc, pour beaucoup de jeunes médecins chercheurs, une condition indispensable à la continuation de leurs travaux.

Mais souvent ces jeunes chercheurs manquent des qualités nécessaires dans les concours publics et oraux, la présence d'esprit, la facilité de parole. Il y aurait donc lieu de faire entrer en ligne de compte, dans l'appréciation de la valeur des candidats, les titres acquis par leurs travaux antérieurs. Sans doute, en théorie, cette épreuve des titres a toujours existé. Mais, le plus souvent, elle s'est effacée devant les autres. Il semble qu'elle devrait être au contraire la plus importante de toutes. On a dit avec raison qu'elle constituait le *concours permanent* entre tous les savants d'un pays.

Si l'agrégation n'était pas chez nous le seul moyen de recrutement des professeurs titulaires, on pourrait admettre que les professeurs agrégés, chargés de l'enseignement complémentaire, des cours élémentaires, fissent preuve uniquement d'aptitudes à l'enseignement oral, clarté, facilité d'improvisation, chaleur de débit, etc. Mais alors, lorsqu'arriverait une vacance pour une chaire dogmatique, on pourrait en choisir le titulaire en dehors des agrégés, parmi les savants qui auraient fait des découvertes dans la branche de la médecine à laquelle ressortirait la chaire vacante.

Les agrégés seraient prévenus d'avance que leur titre ne leur garantit pas nécessairement une chaire un jour, s'ils n'ont pas à leur actif de travaux originaux et de recherches spéciales. L'agrégation resterait une carrière à part, à laquelle il conviendrait alors de donner plus d'avantages, une plus longue durée, des occupations mieux définies et une rétribution plus convenable.

Il y a des hommes qui feraient toute leur vie d'excellents agrégés tels que nous les comprenons, mais qui ne seront jamais des professeurs titulaire capables de représenter le niveau le plus élevé de la science française, et d'imprimer aux études comme aux recherches une impulsion constante en avant.

Il y a de même des hommes qui, à 50 ans, seront dignes de toute façon d'être professeurs titulaires

et qui de 35 à 50 ans n'auraient, en aucune façon, pu rendre service aux étudiants en leur faisant les cours complémentaires et préparatoires aux examens.

En résumé, *faire de l'agrégation une carrière, du professorat une autre, se recrutant de deux façons différentes,* serait peut-être le meilleur moyen de répondre au double but que doit réaliser la Faculté : *maintenir à un niveau élevé toutes les branches de l'enseignement,* et en même temps *fabriquer de bons médecins praticiens.*

Mais, en attendant de telles réformes, il serait désirable, tant que l'agrégation demeurera la pépinière des professeurs, de considérer les titres et les travaux originaux, le passé des candidats en un mot, comme le plus sûr garant de leur avenir scientifique. En est-il ainsi ?

Traitement de l'asystolie.

M. le professeur *Jaccoud* a résumé, dans une excellente clinique que publie la *Semaine médicale* (1), les règles qui doivent guider le praticien dans le traitement des affections cardiaques, arrivées à la période d'asystolie, — règles trop souvent méconnues.

L'indication formelle à l'administration des toniques du cœur, et de la digitale qui en est le type, est l'insuffisance de la contractilité du myocarde. Deux groupes de cas se présentent dans la pratique au point de vue de la constatation de cette insuffisance, sans qu'il soit presque besoin d'ausculter le cœur lui-même.

Dans le premier groupe, l'insuffisance du myocarde est attestée par les signes extérieurs suivants: œdème des membres inférieurs, stases viscérales diverses, cyanose des extrémités et de la face, albuminurie.

Dans le second groupe — outre quelques phénomènes subjectifs accusés par le malade (sentiment de plénitude thoracique constant; essoufflement très prompt, nécessité de tenir la tête très élevée la nuit, sensation désagréable, qui consiste à sentir son cœur, et quelques palpitations) — l'insuffisance du myocarde est attestée par: 1° la faiblesse des battements, 2° leur irrégularité, 3° leur accélération, 4° la réduction de la quantité des urines des 24 heures à un tiers en moins que la quantité normale.

Quand ces signes ont été constatés, on doit administrer la **digitale** suivant les règles suivantes :

Il faut préférer l'*infusion* de feuilles et formuler exactement les détails de la préparation : — Faire infuser, *pendant 20 minutes*, dans *100 grammes d'eau*, le poids de feuilles qu'on juge convenable, et *filtrer* ensuite l'infusion, à laquelle il conviendra d'ajouter *30 grammes d'un sirop diurétique.*

La *dose* de feuilles à employer varie suivant qu'il s'agit d'un des deux groupes de cas précités.

S'il n'y a pas de signes extérieurs d'insuffisance de myocarde, avec 0,20 centig. de feuilles on obtient des effets admirables.

Si au contraire il y a des signes extérieurs, cette dose n'arriverait qu'à fatiguer le malade, et on arriverait à l'intolérance sans réussir à relever le cœur. Il faut administrer au moins 0,50 centig. et, pour peu que l'asystolie soit assez accentuée, il faut donner d'emblée 0 gr. 60, 0 gr. 80 ou même 1 gr. au maximum, le premier jour, à la condition de ne donner cette dose qu'un seul jour et de diminuer le lendemain et le surlendemain.

Il ne faut pas se guider, pour la durée de l'administration de la digitale, sur les effets obtenus par la continuation du médicament : si bien supporté qu'il soit, *il ne doit pas être continué au-delà de 3 ou 5 jours.* On doit aller visiter toujours une fois par 24 heures un malade qui prend de la digitale. L'intolérance n'est pas révélée uniquement par les nausées et les vomissements. Si le pouls devient moins fort et plus rapide, il faut suspendre le médicament ; il faut considérer aussi comme des indications à suspendre, la persistance de l'oligurie, ou l'apparition de phénomènes nerveux tels que insomnie, cauchemars ou hallucinations.

A certaines personnes qui ne supportent pas la digitale par la voie gastrique, il est utile de l'administrer par la voie rectale, et il suffit d'introduire la potion dans un *lavement* peu abondant pour en obtenir de bons effets.

Puisque l'on ne doit recourir à la digitale qu'à intervalles espacés en procédant par à coups, il faut avoir sous la main des médicaments qui permettent de tenir le malade sous une influence thérapeutique adjuvante.

La **caféine** est le premier à essayer. On peut utiliser la formule suivante :

Caféine pure..............	7	grammes.
Benzoate de soude..........	7	—
Eau.......................	250	—

Une cuillerée à bouche représente 0 gr. 50.

Dans les cas d'insuffisance myocardique légère, 0,20 à 0,40 centigr. par 24 heures suffiront, quitte à augmenter, si l'effet n'est pas suffisant.

Dans les cas d'asystolie manifeste, il faut donner d'emblée 0,80 centigrammes, 1 gramme, même 1 gr. 50.

Si la caféine provoque chez le malade de l'intolérance gastrique, notamment des crampes douloureuses, voici une formule qui permet de l'administrer en *injections hypodermiques.*

Benzoate de soude............	2 gr. 95.
Caféine.......................	2 gr. 50.

Eau distillée q. s. pour faire 10 cent. cubes (c'est en général 6 gr.)

Chaque seringue de Pravaz contient 0 gr. 25 de caféine.

L'apparition de phénomènes nerveux : céphalalgie, insomnie, agitation, oligurie et tachycardie doit faire suspendre aussi la caféine.

Puis vient, mais avec une bien moindre effica-

(1) 13 janvier 1886.

cité, le convallaria maïalis, ou plutôt la **convalla marine**, son principe actif.

Convalla marine............	0 gr. 20 c.
Alcool dilué à 60°..........	100 gr.

De cette solution, deux cuillerées à café par jour, ce qui fait 2 centigr. par jour.

Qnand l'asystolie est manifeste, concurremment aux médicaments cardiaques, doit être prescrit le **régime lacté** exclusif pendant huit jours. Alors on pourra permettre le régime mixte, mais en laissant toujours un litre à un litre et demi de lait par jour en outre des repas.

Quand les signes d'asphyxie par asystolie sont si menaçants qu'on peut craindre de voir le malade succomber avant les trois jours révolus qui sont nécessaires pour que l'action utile des médicaments se fasse sentir, il faut commencer par les **drastiques** à haute dose.

Si l'urgence est plus grande encore, à moins que la constitution du malade ne s'y oppose absolument, une ou mieux deux **saignées** permettront de gagner du temps, et on leur devra, dans quelques cas, de véritables résurrections.

Enfin, dans certains cas où la lipothymie domine plutôt que l'asphyxie, où c'est la syncope qui menace le malade de mort, avant même qu'on ait eu le temps de faire préparer ce qui est nécessaire à une injection hypodermique de caféine, on donnera une **potion alcoolisée** additionnée **d'acétate d'ammoniaque** ou de sirop d'éther, on promènera des **sinapismes** sur toute la surface du corps et la région précordiale, on fera une, deux, trois **injections hypodermiques d'éther**, et on gagnera ainsi assez de temps pour faire l'injection de caféine dans de meilleures conditions.

Académie des Sciences (18 janvier). — MM. *Mairet* et *Combemale* ont fait une communication sur l'action physiologique et thérapeutique de l'**acétophénone** ou hypnone **chez l'homme sain** et **chez l'aliéné**.

M. *Ferran* (d'Espagne) a adressé une lettre dans laquelle il maintient que ses **inoculations anticholériques** sont excellentes et que leur résultat est dû à une action chimique.

M. *Marc Lafond* a parlé de l'**effet du protoxyde d'azote pur** en inhalations comme agent anesthésique. Il produit uue glycosurie persistant plusieurs jours, une modification du rythme respiratoire pouvant aller jusqu'à l'arrêt définitif et mortel de la respiration.

M. *Paul Bert* rappelle que le **mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène, sous une pression déterminée**, n'a, au contraire, aucun inconvénient.

M. *P. Regnard* a lu une note sur l'**action des hautes pressions sur les tissus animaux.**

Académie de Médecine (19 janvier). — Ont été élus membre associé national, M. *Tholozan* (de Téhéran), — membre correspondant national, M. *Arnould* (de Lille).

M. *A. Gautier* a terminé la lecture de l'important mémoire sur les **alcaloïdes physiologiques**, qu'il avait commencé la semaine précédente et dont nous donnerons l'analyse samedi prochain.

— Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations à nos confrères *des Syndicats médicaux de la Gironde*, qui, *sur l'initiative du Syndicat de Coutras, ont offert aux sénateurs et députés du département un banquet* dans lequel d'excellentes choses ont été dites sur les sujets qui intéressent le plus nos intérêts personnels. Les représentants élus de la Gironde ont donné à nos confrères les assurances les plus formelles de leur adhésion à nos légitimes revendications et de leur appui énergique auprès du Parlement, quand les projets de loi relatifs à la révision de la Législation médicale, et à la révision de la loi sur les Syndicats viendront en discussion. Nous regrettons de ne pas disposer aujourd'hui d'assez de place pour publier le compte-rendu de ce banquet, mais nous le donnerons dans le prochain numéro. Comme le dit justement le *Journal de Médecine* de Bordeaux, « cette importante manifestation, qui indique de la part du corps médical l'intention bien arrêtée d'entrer dans des voies pratiques et de passer des paroles aux actes, mérite d'être connue et imitée ailleurs. »

— Dimanche dernier, a eu lieu chez le Dr Ladreit de Lacharrière, et sous la présidence de M. le Dr Polaillon, une réunion nouvelle de la commission d'étude, en vue de la fondation d'une *Société centrale de Déontologie*. Quelques modifications aux statuts ont été décidées; elles seront notifiées prochainement aux sociétés médicales d'arrondissement qui ont adhéré à la proposition de M. de La Charrière et de la Société médicale du Louvre.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Hématocèle rétro-utérine — Complication rare. Traitement (1).

L'épanchement de sang, provenant de l'appareil génital interne, dans le large cul-de-sac péritonéal qui est situé entre le rectum et l'utérus, constitue l'hématocèle rétro-utérine. Si la malade ne succombe pas aux accidents du début, soit du fait de l'abondance de l'hémorrhagie, soit par suite de péritonite, l'épanchement sanguin détermine un travail irritatif subaigu dans le péritoine, et ce travail arrive à produire des fausses membranes qui limitent l'épanchement dans une cavité qui

(1) Voir *Semaine médicale*, 86, n° 1. Dr Prengrueber et Vicente.

s'est séparée du péritoine, et le sang contenu dans cette cavité subit alors des transformations régressives. S'il est en petite quantité, il peut se résorber à la longue, c'est le cas le plus favorable. Au contraire s'il est plus abondant, l'épanchement peut, à la suite de fatigues, s'enflammer ; la poche suppure et s'ouvre dans une des cavités voisines, rectum, vagin, péritoine, d'où des accidents de forme et de gravité variables. Aussi les chirurgiens, redoutant de s'attaquer à ces collections, ont pendant longtemps pris le parti de les abandonner à la nature, et ce n'est que dans ces dernières années que l'on s'est décidé à intervenir d'une façon plus active, soit par les ponctions, soit par la laparotomie. Mais on peut être amené à pratiquer cette opération pour remédier à des accidents pressants, par exemple à l'obstruction intestinale qui vient compliquer l'hématocèle. Le Dr Prengrueber rapporte, avec beaucoup de détails, un fait de cette nature d'autant plus intéressant que cette complication n'a jusqu'à présent été signalée dans aucun auteur classique.

Une femme de 30 ans, à la suite d'un retard de quinze jours environ, est prise brusquement, au mois d'août dernier, de douleurs vives dans le bas-ventre et d'un léger écoulement sanguin par la vulve. La douleur se calme, mais l'écoulement persiste et, huit jours après, une nouvelle crise douloureuse se montre avec une perte très abondante. En septembre le ventre grossit peu à peu et il se forme dans le flanc gauche une tumeur du volume d'une petite tête d'enfant. Quelques jours après, vers le 12 septembre, se montrèrent brusquement tous les signes d'une occlusion intestinale, suppression des selles, vomissements, ballonnement du ventre. Malgré l'emploi des lavements, et le cathétérisme rectal conduit aussi loin que possible, les vomissements deviennent fécaloïdes et la situation est des plus graves. A l'examen de la malade on constatait les faits suivants : tumeur volumineuse, dure, rénitente, fluctuante par points, occupant tout le flanc gauche, remontant jusqu'à l'ombilic et dépassant la ligne médiane. Utérus refoulé en avant derrière le pubis, saillie arrondie dans le cul-de-sac postérieur du vagin. Dans le rectum, saillie également arrondie, nettement fluctuante, et recevant nettement les impulsions transmises à la paroi abdominale.

Ne trouvant, par cet examen, aucune cause d'obstruction, le Dr Prengrueber se mit en devoir de pratiquer la laparotomie ; il pratiqua alors une incision à 2 travers de doigt en dehors de la ligne blanche. dans une longueur de 6 à 7 centimètres, sur la partie la plus saillante de la tumeur ; déroulant ensuite l'intestin grêle, il arriva, du côté du flanc droit, sur une masse intestinale formée d'anses agglomérées par une gangue inflammatoire formant entre elles des adhérences molles. Bientôt il s'échappa un flot de liquide hématique, de couleur chocolat, provenant du petit bassin, il s'en écoula ainsi au moins 500 grammes. La cavité d'où partait le liquide était constituée par le péritoine sans qu'il y ait cette production de membranes épaisses que l'on observe dans les anciennes hématocèles enkystées, et qui ont été si bien décrites par Bernutz et Nonat. La poche fut lavée, on y plaça un drain passant par l'angle inférieur de la plaie abdominale, et le ventre fut refermé. La malade guérit parfaitement, et six semaines après ses règles revenaient.

Le diagnostic des hématocèles péri-utérines n'est pas toujours facile à faire ; on peut confondre la masse morbide, dans certains cas, avec la périmétrite, même avec les tumeurs fibreuses, ou certains kystes paro-ovariens. Dick (de Berne) et Simly (1) ont attiré l'attention sur un signe qui, d'après eux, serait assez fréquent dans l'hématocèle.

L'urine présente une couleur spéciale due à l'infiltration du pigment sanguin (l'urobiline) et les tissus ont pris la teinte de l'ictère héniaphéique. Dans le fait de Prengrueber, on a aussi observé un certain degré d'ictère héniaphéique, mais ce fut après l'opération, et il l'attribue à l'épanchement, dans le péritoine sain, d'une certaine quantité du liquide qui était contenu dans la poche.

Quelles sont, en résumé, les indications que réclame le traitement des hématocèles pelviennes? C'est un épanchement de sang dans une cavité séreuse ; il faut donc lui appliquer les mêmes règles générales qu'à ceux qui se produisent, par exemple, dans les cavités articulaires.

L'épanchement est léger, il ne cause qu'un peu de douleur et de pesanteur dans le petit bassin ; la tumeur, toute petite, évolue sans s'accroître ni causer de réaction sérieuse ; *il faut le respecter*, prescrire un repos rigoureux, employer les résolutifs et surveiller l'état général.

L'épanchement est considérable, il s'accompagne de retentissement péritonéal assez intense, il s'accroît petit à petit, ou bien, existant depuis longtemps déjà, il forme une masse dure qui comprime les organes pelviens, et cause des douleurs insupportables. On peut tenir pour certain que le repos ne pourra le guérir, la poche pourra suppurer, s'ouvrir dans un organe, enfin entraîner des accidents graves. *Il faut intervenir*. Mais comment? On a fait des ponctions évacuatrices par la voie abdominale, par le vagin, par le rectum, et on a vu bien souvent cette opération suivie d'accidents

(1) Dublin medical journal. Juin 1885.

graves de suppuration de la poche. Il est en effet bien difficile d'évacuer complètement, par un trocart, des épanchements qui contiennent des caillots volumineux. De plus il est presque impossible de nettoyer antiseptiquement la cavité. Aussi on tend actuellement à remplacer les ponctions par l'évacuation directe du foyer sanguin en ouvrant l'abdomen. Dans six cas d'hématocèle, qu'il a traités par la laparotomie, Lawson Tait, trouvant une cavité à parois épaisses, a suturé ses bords à la paroi abdominale après l'avoir évacuée, comme on tend de plus en plus à le faire pour les kystes hydatiques du foie par exemple, mais il n'y a point toujours de membranes assez épaisses pour supporter la suture ; et même nous croyons qu'il ne faut point attendre la formation de ces néoplasies conjonctives pour opérer, quand on est appelé dans les premières périodes. On sait que ces épaisses membranes peuvent emprisonner des anses intestinales, et produire des accidents imprévus, d'obstruction tardive, de même qu'elles peuvent présenter une résistance qui compromet la solidité de l'intestin, quand on vient libérer celui-ci lors de l'opération. Dans le cas de Prengrueber, dans cinq cas analogues rapportés par Imbach (1), les membranes épaisses n'ont pas eu le temps de s'établir. On ouvre l'abdomen, on soulève l'épiploon ou l'intestin et, immédiatement, on tombe sur le foyer sanguin qui peut déjà avoir provoqué une ébauche de travail d'enkystement.

On peut alors le vider avec des éponges d'une façon très complète; on lave antiseptiquement la paroi et on referme l'abdomen en plaçant un drain dans la partie inférieure de la plaie. Ce drain sera enlevé le plus vite possible, ordinairement vers la fin du troisième ou du quatrième jour. L'ouverture de l'abdomen a, dans ces cas, une autre utilité. L'hématocèle se complique souvent d'une dilatation considérable des trompes de Falloppe, une hémato-salpingite en un mot. Il est bon, dans ces cas, comme on le voit dans les cinq observations d'Imbach de retrancher les trompes dilatées en les coupant après ligature préalable.

Une complication importante contre-indique la laparotomie curative des hématocèles: la suppuration du foyer sanguin. Elle se reconnaît aux frissons, à la douleur lancinante, la chaleur et l'œdème qui accompagnent d'habitude la transformation purulente des épanchements sanguins ou les kystes abdominaux. Dans ces cas le mieux sera, ce nous semble, d'ouvrir tranversalement, avec le bistouri le cul-de-sac postérieur du vagin distendu par la tumeur et d'établir là une voie assez large par laquelle on pourra introduire des drains qui permettront d'irriguer largement la cavité suppurante au moyen de liquides antiseptiques. Le vagin devra être tamponné avec de la gaze iodoformée qui soutiendra les tubes de drainage et défendra l'orifice de la cavité contre l'air extérieur et la décomposition des sécrétions.

(1) British medic. formul. Mai 1885.

Retour à l'opération de la cataracte,

Par la méthode de Daviel (1).

Deux procédés fondamentaux divisent la méthode générale d'opération de la cataracte par l'extraction, suivant qu'on enlève ou qu'on enlève pas un lambeau d'iris. Notre compatriote Daviel, dont on a célébré le centenaire l'an dernier, avait réglé l'opération sans iridectomie, et dans ce siècle-ci, de Graefe avait ajouté ce temps spécial afin de faire plus facilement l'évacuation du cristallin et des masses corticales qui l'accompagnent le plus souvent, et aussi pour parer à un accident qu'on avait observé, l'enclavement de l'iris dans la plaie cornéale. Le professeur Panas, après avoir longtemps enseigné et pratiqué l'opération de Graefe, est revenu à la méthode de Daviel. Une des principales causes de cette évolution est la possibilité d'employer dans les opérations sur le globe oculaire les méthodes antiseptiques en usage dans les autres régions. Depuis qu'il a repris ce procédé régularisé et ainsi perfectionné, le phlegmon du globe oculaire, qui était la complication la plus redoutable, a disparu de la liste des accidents post-opératoires. Aussi, pour M. Panas, l'opération de Daviel est la règle, celle de de Graefe est devenue l'exception. Voici comment il la pratique: Le liquide antiseptique employé pour faire le lavage du champ opératoire et le lavage intra-oculaire est préparé de la façon suivante (détail qui peut avoir son importance en pratique). Pour un litre de liquide on dissout dans 20 gr. d'alcool à 90°, 5 centigr. de bi-iodure de mercure et on mélange cette solution en l'agitant fortement avec l'eau distillée, on obtient ainsi une solution inaltérable qui présente, en définition, la formule suivante :

Eau distillée...............	1 litre
Bi-iodure d'hydrargyre......	0 gr.50 centigr.
Alcool à 90°................	20 grammes

Elle n'est nullement irritante comme le sont les solutions d'iodure-mercuro-potassique ou la solution Sattler, elle est un antifermentescible beaucoup plus puissant que l'acide borique.

L'œil est lavé au préalable dans tous les recoins de la conjonctive avec la solution, et anesthésié

(1) Panas. — Académie de Médecine, 5 janvier.

avec la cocaïne, qui donne toujours au professeur Panas les résultats les plus satisfaisants.

L'incision cornéale est pratiquée avec le couteau de Graefe. Elle doit intéresser le 1/3 ou les 2/5 de la circonférence cornéale suivant le volume du cristallin que l'on doit extraire. Elle se fait dans le limbe péri-cornéal, à l'union de la portion transparente avec la portion opaque de la cornée. Il faut alors avoir soin de faire une incision coupant la cornée bien carrément et non en biseau, et pour cela il convient, en arrivant à la partie supérieure, de diriger le tranchant d'arrière en avant, afin de ressortir suivant un plan parfaitement perpendiculaire à la surface cornéale. Cette condition est importante pour obtenir la réunion immédiate du lambeau.

Aussitôt après on fait la discision de la capsule, et la lentille vient se présenter d'elle-même entre les lèvres de la plaie, il faut que la capsule soit largement ouverte et même M. Panas l'arrache avec une pince spéciale. En un mot il faut parfaitement nettoyer le champ pupillaire, et on n'a pas besoin de trop se presser, car aussitôt après ce nettoyage mécanique on pratique une irrigation intra-oculaire. On se sert d'un petit laveur en forme de compte-gouttes, muni d'un tube de caoutchouc durci, et dont l'extrémité peut s'insinuer dans la plaie cornéale.

Après quoi on fait une instillation d'ésérine pour faire contracter la pupille et s'opposer à la hernie de l'iris qui n'a pas, en réalité, grande tendance à se produire. On ferme alors l'œil et on applique dessus un linge fin enduit d'une pommade au benzoate de mercure dans les proportions d'un gramme de benzoate pour 100 grammes de cérat blanc. Par dessus, rondelles de coton hydrophile ; bande de toile fine pour maintenir le tout.

Toutes les 24 heures on doit refaire ce pansement, mais en se gardant bien, à moins qu'il y ait des douleurs ou une production abondante de mucus, d'entr'ouvrir l'œil avant 3 jours, afin de laisser à la plaie cornéale le temps de se réunir complètement. On se borne à nettoyer doucement la surface des paupières, les cils, avec un petit tampon de coton hydrophile imbibé de solution bi-iodurée et on replace le linge graissé et le coton. En un mot le pansement doit être très rapide.

La réaction est nulle, la réunion rapide ; nous avons vu des opérés dans le service de M. Panas, 3, 4, 6 jours après, la pupille était régulière, petite, la chambre antérieure parfaitement transparente et la plaie parfaitement réunie. La guérison complète se fait, en moyenne, en sept jours.

On peut, d'après M. Panas, appliquer sans danger cette méthode à toutes les cataractes diabétiques, goutteuses ou rhumatismales, en somme, dans tous les cas qui sont défavorables au succès opératoire habituel.

Amygdalotomie — ses indications — ses divers procédés d'exécution (1).

On a usé et abusé de l'amygdalotomie, aujourd'hui même, les opinions sont partagées sur ses indications et sur les meilleurs moyens de l'exécuter.

Pour M. de Saint-Germain, il ne faut couper les amygdales que lorsqu'elles sont très développées, presqu'en contact, au point de gêner la déglutition. Pour d'autres, Semon et Schiffers, il est des indications qui doivent se tirer, non du volume plus ou moins grand de la glande, mais surtout des troubles fonctionnels que cette glande hypertrophiée produit dans son entourage. La respiration peut être gênée pendant la veille ou le sommeil, en outre, il y a une gêne notable dans l'articulation des sons et dans la parole. Chez d'autres sujets, l'hypertrophie amygdalienne détermine une irritation chronique du pharynx nasal qui se transmet à la trompe d'Eustache, d'où une surdité dite amygdalienne. Il est donc des circonstances multiples qui peuvent réclamer l'ablation des amygdales ou au moins leur diminution de volume.

Il ne faut pas néanmoins se décider à la légère, car dans quelques cas, l'ablation peut causer quelques inconvénients. Schiffers rapporte le cas d'un baryton auquel on pratiqua l'extirpation complète d'une amygdale et dans la suite, le timbre de sa voix fut modifié et devint nasonné.

On peut aussi, d'après M. de Saint-Germain, différer l'opération chez les jeunes filles qui approchent du moment de la puberté, car, cette modification organique entraîne parfois la diminution de volume des glandes amygdaliennes.

Si l'enfant a moins de deux ans, il n'est pas prudent de faire l'extirpation, une hémorrhagie, même peu abondante, pouvant être grave à cet âge.

N'opérez pas si l'amygdale est enflammée, semée de points blanchâtres, faites un traitement approprié et n'intervenez que quand tout phénomène inflammatoire aura cessé.

Il ne faut jamais opérer non plus dans un foyer d'épidémie diphthérique.

Les dangers d'hémorrhagie sont d'autant plus grands que le sujet est plus avancé en âge.

Quel est le meilleur procédé? Aujourd'hui, deux

(1) De Saint-Germain. — *Semaine médicale*, 1885, p. 239.

Semon. — Saint-Thomas. Hospital Reports, 1885, vol. XVIII.

Schiffers. — *Journal de médecine de Paris*, 1886, p. 2.

procédés sont en présence : l'instrument tranchant et le thermo-cautère.

Dans la méthode sanglante, on peut enlever l'amygdale avec un instrument spécial, l'amygdalotome, que chacun connaît. Pour que l'amygdalotome soit bon, il faut que le grand diamètre de ses anneaux soit vertical au lieu d'être égal dans tous les sens ; il faut surtout que la broche destinée à tirer l'amygdale et à la fixer, se porte en dehors de l'aire des anneaux par un mouvement de levier articulé à la tige. Il faut enfin que la lame coupante ne soit point trop mince, qu'elle joue librement, et que l'instrument soit tenu dans un état de propreté rigoureuse. Il est arrivé à Maisonneuve et à d'autres de la voir se briser et tomber dans le pharynx où elle peut causer des accidents.

M. de Saint-Germain préfère, depuis longtemps, se servir des bistouris boutonnés à lame concave sur le tranchant et sur le plat en même temps, qui sont portés sur un assez large manche.

Avec une pince fenêtrée à mors plats il prend l'amygdale tranversalement, puis glisse au-dessous la lame du bistouri, à laquelle il fait exécuter un mouvement d'élévation analogue au cathétérisme uréthral; il termine la section en haut en ramenant le bistouri dans l'horizontale pour ne point couper le voile du palais.

Dans ces derniers temps, il a recommandé l'usage du thermo-cautère, snrtout dans les cas où on a à craindre l'hémorrhagie chez les adolescents, les adultes ou les hémophiles. On se sert d'nn petit cautère, recourbé en crosse à son extrémité libre, et long de 15 mm. à 2 cent. On ouvre largement la bouche au moyen d'un baillon pourvu d'une plaque qui déprime la base de la langue, et on fait sur chaque amygdale trois à quatre ponctions avec l'instrument chauffé au rouge sombre. On détermine ainsi des eschares, puis un travail cicatriciel qui retracte le tissu amygdalien et fait diminuer peu à peu le volume de l'organe. On peut renouveler ces cautérisations plusieurs fois sans inconvénient, jusqu'à ce que l'amygdale soit suffisamment retractée. Semon, chez les enfants, préfère l'amygdalotomie quand l'amygdale est hypertrophiée en hauteur ; il préfère le cautère quand elle est surtout développée dans le sens antéro-postérieur.

L'hémorrhagie est prévenue par le feu quand on pratique l'ignipuncture amygdalienne, aussi ce procédé est-il très tentant en pratique. Quand on a fait l'ablation à l'instrument tranchant, il faut faire gargariser aussitôt l'opéré avec de l'eau fortement alcoolisée, et lui faire sucer de petits morceaux de glace. Si l'hémorrhagie est inquiétante, la compression digitale sur l'amygdale, l'application d'une rondelle d'amadou imbibée de perchlorure préalablement exprimé, sera un moyen très efficace. Dans un cas très grave M. de Saint-Germain obtint l'hémostase en appliquant autour du cou un collier de glace.

Dr Barette.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la cirrhose du foie par l'hippurate de chaux,

Par le Dr V. POULET,
de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

Au double point de vue anatomique et séméiologique, il faut distinguer deux formes principales : la cirrhose atrophique, qui répond à l'ancien type de Laënnec, et la cirrhose hypertrohique dont l'étude est de date récente.

Le caractère fondamental de la cirrhose atrophique, c'est l'oblitération des capillaires de la veine-porte, comprimés par la prolifération du tissu conjonctif, qui finit même par étouffer et faire disparaître complètement les cellules hépatiques. Dans cette forme, le tissu conjonctif est seulement extra-lobulaire; il enserre le lobule, mais ne pénètre pas dans son intérieur. Quant aux canalicules biliaires, ils ont conservé leur état normal, ce qui explique l'absence d'ictère. Mais la compression des vaisseaux sanguins amène forcément la gêne de la circulation hépatique, la stagnation du sang dans le système porte, la dilatation des veines abdominales sus-ombilicales, et consécutivement l'ascite, puis l'œdème des membres inférieurs.

Dans la cirrhose hypertrophique, le microscope permet de constater que les cellules hépatiques ont conservé leur volume normal. Il y a aussi prolifération du tissu conjonctif; mais celui-ci pénètre jusque dans l'intérieur des lobules. Quelquefois tout en conservant leur dimension, les cellules sont altérées au point de présenter tous les caractères de la dégénérescence granulo-graisseuse. Souvent encore on y remarque un piqueté résultant de la pénétration de la bile dans leur paroi.

Tout incontestable qu'elle est, l'importance de ces données est loin d'occuper la première place. M. Cornil a le mérite d'avoir le premier, dans les *Archives de physiologie pour* 1874, signalé un caractère anatomo-pathologique des plus remarquables, consistant dan-

la dilatation des canalicules biliaires. A l'état normal, les petits conduits de la bile sont peu apparents, tandis qu'ils sont plus ou moins augmentés de volume et très appréciables à l'œil dans la cirrhose hypertrophique, et, de même que l'amoindrissement des cellules hépatiques entraîne la diminution du volume du foie, dans la cirrhose atrophique, de même ici la dilatation des canalicules biliaires donnent lieu à l'ampliation de cet organe.

A cela M. Cornil a montré qu'il se joint une altération spéciale dans la structure des canalicules biliaires. En effet, les cellules épithéliales qui tapissent intérieurement la paroi de ces petits canaux, ont subi une prolifération si considérable qu'elles en obstruent la lumière et s'opposent au passage de la bile; d'où naît l'ictère qui accompagne fréquemment la cirrhose hypertrophique.

L'ictère dans la cirrhose, est, suivant M. Merklen, la conséquence d'une hépatite diffuse intra-lobulaire qui, par l'abondante néoformation embryonnaire qu'elle détermine entre les cellules hépatiques, interrompt le cours de la bile dans le lobule. L'ictère est alors, dit-il, d'autant moins prononcé que la dégénérescence graisseuse est plus complète.

Comme les vaisseaux sanguins sont exempts de toute altération susceptible d'entraver la liberté de la circulation hépatique, l'ascite et les hydropisies doivent faire et font effectivement défaut dans la forme hypertrophique.

La lésion des canalicules, décrite par M. Cornil, a été admise par M. Hayem dans une communication faite à la Société anatomique en 1875, et par M. Victor Hanot, alors interne du service de M. Bucquoy à l'hôpital Cochin, en 1876.

On doit à MM. Pierret et Pitres une donnée étiologique qui mérite toute l'attention des pathologistes. Dans les observations qu'ils ont publiées, on trouve l'exemple d'un calcul des voies biliaires qui avait déterminé une transformation fibreuse, avec hypertrophie considérable du tissu hépatique, véritable cirrhose périlobulaire, caractérisée par le développement d'un tissu conjonctif riche en cellules embryonnaires.

Un fait semblable est rapporté par MM. Charcot et Gombault, dans un mémoire, publié en 1876, par les *Archives de physiologie*, et M. du Castel a recueilli une observation analogue la même année, dans le service de M. Lasègue à la Pitié, observation consignée dans les *Archives générales de médecine*.

De pareils faits, en nombre aussi imposant, sont de nature à fournir une bonne explication de la cause prochaine de la cirrhose hypertrophique, et à faire admettre que cette affection, regardée d'abord comme primitive, est, au contraire, très problablement secondaire, deutéropathique, selon l'expression de l'Ecole.

La lithiase biliaire est donc une cause fréquente de cirrhose hypertrophique. Elle agit sans doute à la manière de la ligature du canal cholédoque chez les animaux. Mais on peut aussi voir souvent la cirrhose atrophique à la suite de l'obstruction du canal cholédoque.

Indépendamment des deux formes types de la cirrhose, il en est une troisième que l'on peut appeler mixte, nullement rare, et dans laquelle le foie conserve tout à fait, ou à peu de chose près son volume normal. Quelquefois cet organe, d'abord hypertrophié, revient ensuite à son volume normal ou même finit par s'atrophier. Cette conservation du volume du foie cirrhotique n'a rien d'étonnant; car on rencontre, dans la forme mixte, tout ensemble les altérations des deux formes types. En même temps que les canalicules biliaires sont dilatés et encombrés par la prolifération des cellules embryonnaires, les vaisseaux portes sont obstrués; par là les effets de chacune des altérations sur les changements du volume de l'organe hépatique sont neutralisés plus ou moins complètement par la coïncidence de l'autre, et, de ce concours de circonstances il résulte, sous le rapport de la symptomatologie, toutes les conséquences obligées de l'un et l'autre genres de lésions.

C'est ainsi que, concurremment avec l'ictère, on voit apparaître l'ascite et la dilatation des veines sus-ombilicales.

Ce que nous appelons cirrhose hyperthrophique renferme les deux espèces de M. Jaccoud: *la cirrhose biliaire hypertrophique*, caractérisée, sous le rapport séméiologique, par les symptômes de l'ictère, et la *cirrhose hyperthrophique* proprement dite, qui, elle, en est exempte, et qui est certainement de beaucoup la plus commune. Quant à notre cirrhose atrophique, elle répond à la cirrhose veineuse atrophique du célèbre clinicien, tandis que la plupart des cas de notre cirrhose mixte, dans lesquels le foie a conservé son volume normal, constituent des exemples de ce qu'il entend par *cirrhose veineuse non atrophique*.

Au point de vue étiologique, M. Lancereaux distingue trois types de cirrhose, le type syphilitique, le type impaludique et le type alcoolique, de beaucoup le plus commun. Cette classification a le tort de laisser dans l'ombre la ligne de démarcation si tranchée qui sépare les deux formes atrophique et hypertrophi-

que; car l'une et l'autre comptent les excès alcooliques au nombre de leurs causes.

La corrélation des habitudes alcooliques avec la maladie du foie que nous considérons, a été aperçue dès le commencement du siècle par Baillye, en Angleterre; mais c'est seulement de 1830 à 1832, que Kiernan, en Angleterre, et Hallmann, en Allemagne, reconnurent que la lésion siège dans le tissu cellulaire interstitiel du foie.

A l'autopsie, on trouve que le foie, dont le poids normal est de 1.600 grammes environ, est considérablement augmenté de volume et atteint quelquefois un poids de plus de 2 kil. et demi. Comme dans la cirrhose atrophique, la surface de cet organe présente des inégalités; mais tandis que, dans cette dernière, les saillies ont la dimension d'une noisette, dans la cirrhose hypertrophique, elles n'ont que la grosseur d'un pois, ou même d'un grain de mil. La couleur du foie est jaunâtre, et parfois même verdâtre (couleur épinards). Cette couleur se retrouve à la coupe du parenchyme hépatique, sous forme de taches plus prononcées les unes que les autres, ce qui lui donne un aspect marbré.

Non seulement, on remarque une augmentation de volume, mais aussi de consistance. Le tissu du foie se laisse difficilement déchirer et oppose une grande résistance, lorsqu'on veut y enfoncer le doigt; cependant, l'induration est loin d'offrir la dureté en quelque sorte squirrheuse de la cirrhose atrophique.

A la coupe, on aperçoit de nombreuses bandelettes blanchâtres qui sillonnent l'organe en tous sens, et qui ne sont autre chose que des tractus du tissu conjonctif en voie de prolifération.

Souvent le péritoine qui recouvre le foie offre des taches blanchâtres qui sont les traces accusatrices d'une inflammation chronique, due à la propagation de l'irritation hépatique à la séreuse voisine, et dont le développement peut, à bon droit, se rattacher aux crises douloureuses survenues dans le cours de la maladie. Les mêmes taches peuvent s'étendre aussi à l'épiploon.

Une autre lésion très importante, c'est l'hypertrophie de la rate qui existe toujours en coïncidence avec celle du foie. Ce phénomène se rencontre aussi quelquefois dans la cirrhose atrophique; mais il est alors moins accentué. Dans la forme que nous envisageons, l'ampliation splénique peut aller jusqu'à atteindre des dimensions énormes, telles que la matité du foie et celle de la rate se confondent sur la ligne médiane, et que les deux organes ne peuvent être délimités par la percussion. Le tissu de la rate hypertrophiée est tantôt induré, tantôt ramolli; et le péritoine splénique offre souvent des traces de phlegmasie chronique.

Les altérations du tube digestif sont beaucoup moins prononcées que dans la cirrhose atrophique.

Il existe souvent un bourrelet hémorrhoïdaire très accentué. Dans certains cas, M. Dussaussoy a observé la dilatation variqueuse des veines de l'œsophage, et il en est résulté des hémorrhagies qui ont notablement avancé la mort; mais le diagnostic en est impossible.

En général, la scène morbide s'ouvre par des troubles graves de la digestion, la plupart du temps par des vomissements, quelquefois par une diarrhée opiniâtre. Dans cette forme, dit M. Potain, « l'alcool agit localement, en excitant les muqueuses de l'estomac et du duodénum, provoquant ainsi cet état de catarrhe gastrique habituel aux buveurs, lequel gagne ensuite les voies biliaires, les canalicules notamment, et détermine tout le cortège des symptômes de la cirrhose hypertrophique. » Comme l'alcool a pour premier effet de mettre obstacle à l'évacuation de la bile, il survient un ictère qui manque dans la cirrhose atrophique.

Frerichs a observé l'ictère sept fois sur trente-deux cas; mais deux fois seulement il a constaté les caractères de l'ictère véritable. Ordinairement, en effet, on n'observe pas autre chose qu'une teinte subictérique, cachectique, intermédiaire entre la teinte jaune-paille du cancer et la nuance plus foncée de l'ictère.

Le météorisme est habituel; il est dû sans doute à l'acholie, c'est-à-dire, à l'absence de la bile dans l'intestin; mais il n'est pas facile de dire comment un semblable effet se produit.

Nous avons dit que la rate est hypertrophiée. A l'état normal, il est rare, dit M. Hardy, qu'on arrive par la percussion à délimiter la rate; si cette délimitation est aisée, c'est que le volume en est augmenté. Le volume de cet organe acquiert quelquefois des dimensions énormes.

La rate augmentée de volume est le siège de douleurs assez vives à la pression.

Les veines préabdominales sont peu apparentes, ce qui prouve que les veines hépatiques ne sont pas comprimées et que le système porte est intact.

Les individus atteints de cirrhose hypertrophique sont sujets aux hémorrhagies par le nez, par un ulcère cutané, etc. Les épistaxis sont surtout fréquentes. On sait que

cet accident est un épiphénomène de l'ictère.

D'ordinaire, les urines, dans cette maladie, présentent les modifications physiques et chimiques qui caractérisent l'urine des ictériques. Elles sont plus abondantes que dans la cirrhose atrophique, et offrent une coloration d'un jaune noirâtre qui ne rappelle en rien la teinte des urines rosaciques que l'on observe dans cette dernière affection, et qui résulte de la présence des urates et de l'uro-hématine. Souvent l'addition de l'acide nitrique leur communique la teinte vert-bouteille, auquel cas l'éther et le chloroforme ont la propriété de leur faire prendre une couleur jaune-verdâtre très nette. Les matériaux solubles ne dépassent pas 30 à 40 grammes dans les vingt-quatre heures, au lieu de s'élever au chiffre normal de 42 grammes. Le chiffre de l'urée est abaissé. Il varie de 3 à 10 grammes, au lieu de 12 à 16 qui est la quantité émise quotidiennement par un individu en bonne santé. La proportion d'acide urique est ordinairement normale, de 0,40 à 0,50 c. Il en est de même de celle de l'uro-hématine.

Par le progrès de la maladie, il survient un affaiblissement musculaire qui frappe l'entourage, de l'amaigrissement, enfin tous les signes de la cachexie. Des râles se manifestent dans toute l'étendue de la poitrine, et la scène morbide se termine par les phénomènes ultimes de l'ictère grave.

Quelquefois, pourtant, les malades succombent à des péritonites partielles, et même à des pleurésies par propagation de l'inflammation à une séreuse voisine.

La marche de la maladie est fort lente ; car elle met généralement un grand nombre d'années à évoluer. Cette circonstance permet de la distinguer aisément du cancer du foie, dont la marche est beaucoup plus rapide. D'ailleurs les bosselures très appréciables du cancer à la surface du foie, font défaut dans la cirrhose hypertrophique. Il n'est pas non plus d'ordinaire fort difficile de ne pas la confondre avec les kystes hydatiques. Il est vrai que, dans les deux maladies, le volume du foie est augmenté ; mais, si l'on a affaire à un kyste, cette augmentation n'est pas étendue à tout l'organe, elle est bornée à la partie dans laquelle le kyste s'est formé. La présence d'un kyste hydatique donne rarement lieu à de l'ictère ; elle n'occasionne pas l'hypertrophie de la rate ; enfin elle engendre des phénomènes tout à fait spéciaux, tels que la fluctuation, le frémissement hydatique, le dégoût insolite du patient pour les aliments gras, et surtout, signe important signalé par M. Jaccoud, la *régurgitation de substances non émulsionnées.*

En cas de doute, on pourrait profiter de la remarque de M. Lépine, qui a produit la glycosurie par l'ingestion de 400 grammes de glycose chez les cirrhotiques, tandis que rien de semblable ne se produit, selon lui, dans les autres cas.

(la suite au prochain numéro).

NOUVELLES

Concours de l'internat

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé hier soir mardi 12 janvier 1886.

Ont été nommés :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Vignard, Nicolle, Vignalon, Jacquinot, Hudelo, Springer, Drouet, Chevalier, Léon, Daubigny.

11. Regnault, De Fleury, Legueu, Jondeau, Legry, Mouls, Cazals, Coffin, Tissier, Jonnesc.

21. Rollin, Prioleau, Reboul, Wickham, Janet, Thierry (Paul), Grand'homme, Parmentier, Gautier (Henri), Deroche,

31. Pinel-Maisonneuve, Temoin, Cousin, Caussade, Bouisson, Delagénière, Bruhl, Legrand, Baudoin, Mantel,

41. Maurin, Laskine.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Lyon, Isch-Wall, Couzette, Hautecœur, Thouvenet, Pallier, Despaigne, Iscovescou, Cohen, Sardou.

11 M. Mathieu-Sicaud, Mlle Klumpke, MM. Bataille, Boulay, de Grandmaison, Dupré, Reblaud, Pfender, Bellanger, Le Noir,

21. Dagron, Mauny, Bourges, Roussan, Melchior-Robert, Macry, Goumier, Sollier, Charier, Thierry,

31. Lefebvre, Gauthier, Wassilieff, Thomas, Thibault, Laffitte, de Lostalot-Bachoué, Bezançon, Bouchut, Garnier,

41. Raoult, Thierry (Frédéric), Couder, Evrain, Mauclaire, Arnould, Mosny, Bernheim, Alexandre, Souplet,

51. Aubert, Courtois-Suffit, Baumgartem, Pilliet, Oustaniol et Dussaud.

Concours de l'externat

Concours. — Le concours de l'externat des hôpitaux et hospices civils de Paris, est terminé. Les candidats dont les noms suivent ont été nommés dans l'ordre ci-dessous :

1. MM. Guillemain, Boulloche, Avirагnet, Parmentier, Legros, Guyon, Rénon, Luzet, Mlle Klumpke, M. de Bayle, Daurios, Faure, Renault,

Prost, Duchaine, Noguez, Mantel, Mathieu-Sicaud, Alcindor, Cocu, Arbel, Glover, Cherbulier, Wallich, Arron, Barrié, Lafourcade, Héan, Fournier, Buscarlet, Bonneau, Déhu, Bataille, Baillet, Hautecœur, Dusséaud, Gautier (Henri-Nicolas), Louis, Melchior-Robert, Michaut, Mlle Edwards, MM. Dautigny, Legry, Riocreux, Bouquet, Regnault, Lion, Mariage, Lacavalerie, Chantre.

51. Goupil, Hannion, Lorentz, Ribierre, Boucher, Niclot, Gommier, Dutremblay, Gilis, Gauthier (Jean-Arthur), Nivet, Lambert, Jaworowski, Bataille (Henri), Caussade, Conchon, Danjou, Luyt, Breton, Calbet, Duchaussoy, Durand, Guitton, Lacombe, de Pasquier, Sallé, Triboulet, Weinstein, Meusnier, Pineau, Puech, Rancurel-Robert, Calot, Bataillard, Mosny, Garnier, Ribet, Bardol, Martin (Paul-Aimé).

91. Malapert, Meugy, Turbure, Soutakis, Pécharman, Millet, Camescasse, Béchet, Appert, Lebon, Hauser, Demétriade, Raoult, Bréda, Baumgarten, Willemin, Morin, Pilliet, Roche, Lavocat, Cartier, Benoit, Turbian, Richerolle, Repin Millard, Martin (Jean-Clément), Martin (Emile), Marage, Lucas, Lesur, Leblond, Iman Hélary, Ehrhardt, Dariex, Chipault, Cornet, Jacquinot, Gavilan.

131. Charrier, Coffin, Vercoustre, Stcherbertchoff, Soupault, Soudrille, Sabourand, Rossignol, Renaud, Pouloux, Picot, Perinelle, Payrau, Merlin, Mercier, Lauth, Huguenin, Henry, Gaudard, Gasselin, Gache, Digoy, Chaisse Christen, Chapdelaine, Cariaphillis, Carpentier, Meneault, Laskine, Basset, Dufour, Flaction, Guillot, d'Hotman de Villiers, Joliot, Lesieur, Loysel, Mandroux, Moity, Moussaud.

171. Mouton, Mugnerot, Poussard, Veillon, André, Archambault, Bourgogne, Chauveau, Delabrosse, Duclos, Courtois-Suffit, Sorel, Rosenthal, Giraud, Auscher, Albesco, Chamozzi, Baggio, Pannetier (Louis-Jean-Baptiste), Roques, Perruchet, Laporte, Dauvergne, Andréry, Dentu, Cornet, Orrillard, Destrez, Clarot, Humblot, Mlle Kirszenstein, MM. d'Hôtel, Furet, Augay de la Dure, Amarescu, Bobinet, Cantin, Martin (Louis), Lévêque, Schmitt.

211. Psirier, Mory, Szczypiorski, Gaumé, Larroussinie, Godivier, Tey-Zakhariantz, Agut, Rendon, Vinaver, Tollemer, Ribel, Prévot, Paillotte, Lefèvre, Jamet, Couvreur, Falcoz, Bernard, Athanassio, Gresset, Fouriaux, Doret, Bloch, Ythier, Targowla, Pannetier (Pierre-Marie), Barbarat, Gottschalk, Linon, Florant, Artus, Pernel, Moralès, Brauman, Parisot, Mosès, Jacob, Ménard, Dacquet.

251. Théremin, Planton, Oulié, Haralambie (Michel), Greiner, Gisclard, Breteau, Duma, Chesseret, Bourgarel, Leguy, Grunberg, Gazard, Haralambie (Demètre), Maerle, Kocher, Duprat, Mlle Levine, MM. Handjian, Garrigue, Trékaki, Pellissier, Narodetzki, Fontan, Dardel, Hue, Barthélémy, Frœhliger, Salmon, Petit (Henri-Charles), Cagny, Besins, Doger-Speville, Foureur, Larger, Petit (Jean-Baptiste), Boularan.

RÉCOMPENSES HONORIFIQUES.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret, en date du 4 janvier 1886, M. Vigier, pharmacien à Paris, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Nous sommes heureux de réparer une omission involontaire, en annonçant à nos lecteurs que MM. le Dr Sutils, de Lachapelle-la-Reine et M. le Dr Limouzin-Lamothe, de Dourdan (Seine-et-Oise), tous les deux membres du *Concours*, ont obtenu une médaille d'or du Ministère de l'intérieur pour leurs remarquables travaux, et pour le dévouement avec lequel ils ont rempli leurs fonctions de médecins-inspecteurs des Enfants en bas-âge.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr MARGUERITTE, président; M. CÉZILLY, vice-président; MM. DESTREM, MILET, assesseurs; M. BARAT-DULAURIER, secrétaire-trésorier.

I.

Syndicat médical de la vallée d'Auge.

Procès-verbal de la séance du 16 décembre 1885.

Le mercredi 16 décembre 1885, le syndicat médical de la vallée d'Auge s'est réuni à quatre heures, à Vimoutiers, au domicile et sous la présidence de M. le Dr Lesueur.

Etaient présents : M. M. les docteurs Capitrel, Gauchot, Hennart, Hie, Lesueur, Sébeaux.

S'étaient excusés : M. M. les docteurs Amourel, Cosnard.

M. le Dr Malfilatre était absent.

Le Président propose l'admission de M. le Dr Foucher, d'Argentan, qui est acceptée à l'unanimité.

Le procès-verbal de la dernière séance tenue à Gacé est lu et adopté.

Un tarif minimum des opérations de petite et de grande chirurgie est ensuite discuté et adopté à l'unanimité ; son impression est votée.

Quant à la question des rapports du syndicat avec les bureaux de bienfaisance, il est décidé, d'un commun accord, qu'à partir de 1886 le Bureau emploiera tous les moyens possibles pour exiger l'application du tarif suivant :

1° Villes.	Consultation	1 »
	Visite en ville	1 50
	Visite dans les villages environnants	2 50
	Accouchement	15 »

2° Campagnes { Rabais de 20 0/0 sur le prix ordinaire des visites. Accouchement........... 15 »

Des lettres, imprimées et signées par le Président, seront envoyées aux maires et aux bureaux de bienfaisance des communes, faisant partie de la circonscription du syndicat, afin de leur notifier la décision précédente.

Au sujet des bureaux de bienfaisance, le Président fait remarquer que les médecins doivent n'ordonner que les médicaments nécessaires et n'employer aucun médicament de luxe, afin de dégrever le budget des bureaux de bienfaisance.

Le secrétaire-trésorier expose la situation financière de l'année 1885, qui est approuvée par l'assemblée.

L'assemblée décide, qu'avant le 25 décembre, chaque membre devra envoyer au secrétaire une liste des clients non-payants, comprenant les noms, prénoms, profession, domicile et somme dûe.

Le livre de renseignements commencera à fonctionner en 1886 ; chaque membre recevra à cette effet la liste complète de tous les clients non-payants de la circonscription du syndicat.

Les soins médicaux, sauf les cas d'urgence, seront refusés aux clients qui ne seront pas en règle avec leur ancien médecin.

Il est ensuite procédé ou renouvellement annuel du Bureau ; sont élus pour l'année 1886 :

M. M. Gauchot, Président ; Hie, Vice-Président ; Capitrel, Secrétaire-Trésorier.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 5 heures 1/2.

A six heures, tous les membres se sont réunis à l'hôtel du Soleil d'or ; est-il nécessaire de dire que le dîner, excellent d'ailleurs, a été aussi joyeux que cordial. A la fin, un toast a été porté par M. le Dr Gauchot à la santé de notre sympathique Président sortant, M. le Dr Lesueur, ainsi qu'à la prospérité du syndicat de la vallée d'Auge.

Nous ne nous sommes séparés qu'avec la promesse de nous retrouver tous à Trun, en juin 1886.

Le Secrétaire-Trésorier, Dr H. CAPITREL.

II

Syndicat médical du département de l'Aude

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser un compte-rendu sommaire de notre séance annuelle. Je vous envoie en même temps le nom et l'adresse de tous les membres de notre syndicat.

Séance générale du 16 novembre 1885.

Présents MM. Digeon, Rigail, Heylle, syndics d'arrondissement ; Petit, trésorier ; Peyronnet secrétaire, Narbonne, Crouzet, Roméric, Bonnaud, Jean, Laffite, Cuxac et Rougé.

M. Rigail, syndic général pour l'année 1885, occupe le fauteuil de la présidence. Il résume la situation du syndicat de l'Aude en quelques mots chaleureusement applaudis.

M. Roméric rappelle que, dans la dernière réunion on a admis le vœu suivant :

« Le corps médical du département de l'Aude, considérant que la rectriction apportée par l'application de la loi de 1884 à l'établissement des syndicats, porte un grave préjudice à la profession médicale, et ne permet pas de réprimer les abus quotidiens qui lui font le plus grand tort, émet le vœu :

Que la profession médicale soit comprise parmi les professions reconnues par la loi comme pouvant se syndiquer ».

M. Roméric propose d'écrire aux députés de l'Aude à propos de la législation médicale et du vœu ci-dessus. (*Adopté*).

M. Petit, trésorier, donne lecture de l'état de la caisse. A ce sujet M. Rigail parle de cotisations du banquet de 1884 qui n'ont pas été versées.

La conduite suivie par le confrère visé par ces mots est critiquée par plusieurs membres. L'incident se termine par la radiation pure et simple de ce confrère.

L'ordre du jour appelle la décision de l'existence du syndicat départemental. Le docteur Narbonne, représentant le cercle syndical de Narbonne, offre de faire payer par la caisse de l'arrondissement une faible cotisation à la caisse départementale.

L'assemblée décide alors de proposer aux médecins de l'arrondissement de Narbonne, les conditions suivantes :

Le cercle de Narbonne reconnaîtra l'existence du syndicat départemental, tout en gardant son autonomie. — Tous les ans, une réunion de tous les médecins syndiqués du département aura lieu à Carcassonne. Cette réunion sera suivie d'un banquet. — Une cotisation sera fournie à la caisse centrale.

M. Narbonne déclare qu'il transmettra ces offres à la prochaine assemblée du cercle de Narbonne.

M. Roméric propose de mettre à l'étude la question des Compagnies.

Une résolution à ce sujet pourra-être faite à la prochaine réunion générale. (*Adopté*).

L'assemblée décide ensuite que le Livre de renseignements sur les clients doit fonctionner dans tous les cercles.

La date du banquet et de la réunion générale est portée au mois de janvier. Le bureau désignera le jour.

La cotisation est élevée de 10 à 12 francs.

Le banquet sera défrayé par la caisse d'une somme de 100 francs.

Enfin, sur la proposition de M. Rigail, syndic sortant, le nouveau bureau annuel est ainsi composé.

Syndic, M. Heylle.
Secrétaire, M. Toussaint.
Trésorier, M. Petit.
Carcassonne le 16 novembre 1885

Pour copie conforme : Dr PEYRONNET.

III

Syndicat médical de Bordeaux.

Mercredi dernier, le syndicat médical de Bordeaux a procédé à l'élection des membres du Bureau pour l'année 1886.

Ont été nommés :

Président, M. G. Sous;
Vice-Président, M. Salviat père;
Secrétaire général, M. Peyre;
Secrétaire adjoint, M. Salviat fils;
Trésorier, M. Davezac;
Membres du conseil de famille, MM. Caboy, de Biermont, Labatut, Méran, Salviat père et Venot.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

30 Janvier 1886. — N° 5 — 8me année

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

La communication de M. *A. Gautier* sur les alcaloïdes dérivés de la destruction des tissus animaux, qui a occupé deux séances de l'Académie, est digne des méditations des médecins. Elle se compose d'une partie où les détails de chimie abondent et qui ne se prête guère au résumé ; il s'y trouve aussi des applications à la médecine légale et à la clinique, des aperçus hardis de pathologie générale qui intéressent plus spécialement le praticien.

M. Gautier appelle *ptomaïnes* les alcaloïdes toxiques qui prennent naissance au cours de la putréfaction des tissus animaux au dépens des matières albuminoïdes, et *leucomaïnes* ceux qu'on trouve chez les animaux vivants bien portants, et qui résultent de l'usure physiologique des tissus.

C'est un Français, Gaspard, en 1822, qui a donné le premier une démonstration expérimentale de l'existence de poisons engendrés par la putréfaction des tissus animaux. En 1856 le danois Panum isole un poison putride ; en 1868, Bergmann une subtance azotée cristallisable, qu'il appelle *sepsine*. Il faut citer encore Dupré, Bence Jones, Zuelzer Sonnenstein parmi les observateurs qui n'ont fait faire que peu de progrès à la question. Mais vers 1870 commencent les recherches parallèles de Gautier et de Selmi, professeur de médecine légale à Bologne, qui établissent péremptoirement l'existence et les principaux caractères chimiques des alcaloïdes de la putréfaction. Ces **alcaloïdes putréfactifs** ou **ptomaïnes** sont de plusieurs espèces: les unes sont extraites des viandes en putréfaction par l'éther, d'autres par le chloroforme, d'autres par l'alcool amylique, et leurs propriétés physiologiques diffèrent.

Des expériences de Gautier il résulte que les alcaloïdes cadavériques fixes ou ptomaïnes, sont en général vénéneux à un haut degré.

Les ptomaïnes libres sont plus dangereuses que leurs sels, et spécialement celles qui sont solubles dans l'éther: — Sur la grenouille, les principaux phénomènes que l'on observe sont les suivants: 1° Dilatation de la pupille; 2° Convulsions tétaniques, et bientôt après flaccidité musculaire: 3° Ralentissement des battements cardiaques, rarement augmentation; 4° Perte absolue de la sensibilité cutanée; 5° Perte de la contractilité musculaire. — Sur les chiens les phénomènes principalement observés sont : 1° Pupille irrégulière qui finit par se rétrécir ; 2° Injection remarquable des vaisseaux de la conque de l'oreille par paralysie des vaso-moteurs ; 3° Respiration très ralentie ; 4° Somnolence à laquelle succèdent bientôt les convulsions et la mort ; 5° Perte de la contractilité musculaire.

Dans ces expériences, la perte de la contractilité musculaire, même sous l'influence des excitants électriques, est fort remarquable. Elle rapproche les ptomaïnes des alcaloïdes vénéneux des champignons, et spécialement de la muscarine signalée depuis par Brieger, rapprochement que Gautier avait déjà fait en 1878, avant les observations de Selmi et Corona. Au contraire, les observations de Corona éloignent les ptomaïnes des autres alcaloïdes végétaux et du curare qui laisse au muscle sa contractilité sous l'influence du courant électrique, ainsi que du sulfocyanure de potassium, qui fait disparaître, il est vrai, la propriété du muscle de se contracter sous l'influence de l'excitant électrique, mais qui le laisse en tétanos et non en flaccidité.....

Analogie de certaines ptomaïnes avec quelques alcaloïdes antérieurement connus. — Parmi les bases fixes ou volatiles qu'on extrait des matières cadavériques, il en est que l'on peut confondre avec quelques alcaloïdes toxiques, végétaux ou animaux, et qu'il faut plus particulièment signaler ici pour éviter les erreurs judiciaires ou pour bien établir l'autonomie réelle de

certaines de ces ptomaïnes, que l'on a, bien à tort, confondues dans ces derniers temps avec des bases déjà connues, spécialement avec la névrine.

Au point de vue toxicologique, la névrine peut être distinguée des alcaloïdes végétaux vénéneux qui auraient été introduits pendant la vie, en ce que son chlorhydrate pur, repris par l'eau, puis par le bicarbonate sodique et agité enfin avec les dissolvants divers, ne leur cède plus la base qu'ils avaient primitivement servi à extraire. Il existe aussi des caractères chimiques qui permettent de distinguer les ptomaïnes d'alcaloïdes végétaux toxiques tels que la conicine, l'atropine, la delphinine.

Les alcaloïdes physiologiques, ou leucomaïnes, apparaissent d'une façon constante dans les excrétions fournies par les animaux vivants et en santé.

M. Gautier a retiré du venin des serpents venimeux, des alcaloïdes produisant sur les animaux des accidents de nature variable, mais qui ne sont jamais comparables aux accidents redoutables produits par le venin complet.

Des alcaloïdes analogues ont également été extraits de la salive, du sang, de l'urine, de l'albumine, mais surtout des muscles (xanthocréatinine, crusocréatinine, pseudoxanthine).

Ces divers alcaloïdes s'accumulent dans le sang, dès que la peau, les reins, le tube digestif ne les éliminent plus. En agissant sur les centres nerveux, ils donnent lieu à une série de phénomènes d'ordre pathologique, dont l'ensemble contribue à former le tableau de chaque maladie.

L'homme résiste à cette incessante auto-intoxication par deux mécanismes distincts : l'élimination du toxique et sa destruction par l'oxygène.

L'élimination par les reins est évidente. Gautier a toujours retrouvé une petite proportion de ptomaïnes dans les urines normales, quantité très faible, mais qui augmente et devient considérable dans quelques cas pathologiques, ainsi que l'a montré M. Bouchard pour les maladies infectieuses, en particulier pour la fièvre typhoïde, et comme vient aussi de l'observer M. G. Pouchet, pour quelques maladies cérébrales.

L'élimination par le tube digestif semble tout aussi certaine, quoiqu'ici le problème soit plus complexe, parce qu'une partie des alcaloïdes de l'intestin est certainement due à la fermentation bactérienne des aliments ingérés, et qu'ils puissent dans quelques cas passer inversement dans le sang, ainsi que le pense M. Bouchard.

Mais un moyen plus puissant peut-être que l'élimination de ces bases, fait résister l'économie à l'auto-intoxication, c'est leur combustion incessante par l'oxygène du sang. La plupart de ces poisons, en effet, sont fort oxydables, et c'est par l'influence vivifiante et sans cesse renouvelée de l'oxygène à l'état normal qu'ils se brûlent et disparaissent au moins en grande partie. Aussi, à l'état normal, ne retrouve-t-on qu'une minime proportion de leucomaïnes musculaires dans les urines. Elles ont été brûlées dans le torrent circulatoire et déjà peut-être dans les tissus.

Mais qu'une cause quelconque diminue l'accès de l'air jusqu'au sang, que la quantité d'hémoglobine décroisse comme dans la chlorose ou l'anémie, ou que l'on introduise dans le sang des substances entravant l'hématose, et l'on verra aussitôt s'accumuler les substances azotées de la nature des ptomaïnes ou leucomaïnes, ou du moins celles qui leur ressemblent le plus ou les accompagnent en général.

Sur ce point, peu de recherches précises ont été faites à cette heure, mais cette théorie n'explique-t-elle pas déjà les troubles nerveux de la chlorose, de l'anémie, de la grossesse, et cette bienfaisante influence des respirations d'oxygène, le seul moyen jusqu'ici connu de combattre efficacement ces vomissements incoercibles que provoque sans doute la rétention dans le sang d'un poison mal éliminé ou mal brûlé... N'est-il pas permis de se demander si la fièvre elle-même, qui coïncide avec une consommation minimum d'aliments et une augmentation inversement proportionnelle dans l'acide carbonique éliminé et l'oxygène consommé, enfin avec une circulation plus rapide, n'aurait pas pour conséquence la destruction du poison qui s'est formé, ou se forme surabondamment dans l'économie?...« Mais, c'est ici, dit M. Gautier, m'aventurer sur le terrain glissant des déductions, peut-être un peu trop lointaines, de ces expériences. Qu'il me suffise d'avoir indiqué, sans en déduire toutes les conséquences physiologiques et thérapeutiques, le principe de l'action bienfaisante des agents qui excitent les fonctions des reins, de la peau et de la muqueuse intestinale, et plus encore, peut-être, la puissante désinfection de l'économie par tout ce qui active la respiration et l'hématose.

Il ne me reste plus qu'un mot à ajouter. Ce mémoire est consacré à l'étude des alcaloïdes animaux. Nous avons dit comment ils ont attiré notre attention, mais, chemin faisant, nous nous sommes convaincus que, quelque actifs que soient ces poisons sur l'économie, il existe à côté d'eux des substances azotées non alcaloïdiques qui les accompagnent et sont douées d'une activité bien autrement grande. Le poison septique de Panum ne contient pas ou fort peu d'alcaloïdes; les matières azotées extractives et incristallisables des urines sont extrêmement toxiques ; je me suis assuré, enfin, que la partie essentiellement active du venin des ophidiens était azotée, mais non alcaloïdique. Ces substances, bien autrement importantes en quantité que les ptomaïnes et les leucomaïnes, oxydables et azotées comme elles, méritent qu'on les étudie de près. Leur jour viendra, et j'ai la ferme conviction que leur étude sera l'une des plus fécondes qui soient réservées à la médecine de l'avenir. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE (26 janvier). — Le président annonce la *mort de M. Jules Guérin*, décédé à Hyères.

M. *Dujardin-Beaumetz* apprend à ses collègues que le *produit expérimenté depuis quelque temps sous le nom d'hopéine, principe narcotique qui serait extrait du houblon, pré-*

senté toutes les réactions de la morphine, bien qu'ayant une certaine odeur de houblon. Donc ou l'hopéine a les mêmes réactions que la morphine, ou le houblon sauvage d'Amérique renferme de la morphine; ou bien, sous le nom d'hopéine, les droguistes étrangers nous vendent de la morphine, aromatisée au houblon 3 à 4 fr. le gramme au lieu de 0,50 centimes... Cette dernière hypothèse, bien que peu honorable pour la droguerie, est, hélas! vraisemblable.

M. Gautier signale d'autres tromperies et falsifications des négociants anglais : glycérine pure vendue comme dissolution de venin d'ophidien dans de la glycérine, du chloroforme impur comme chlorure de méthylène. *O tempora, ô mores*... O perfide Albion! O malheureux physiologistes, qui expérimentez avec de tels produits et enregistrez sans défiance les résultats de vos expériences!

NÉCROLOGIE

Encore un médecin qui meurt trop jeune pour avoir rempli dans leur intégrité, non seulement ses devoirs de la profession, mais encore ses devoirs de citoyen.

La population d'*Angoulême* suivait le convoi de M. le Dr *Nadaud*, un homme de bien, un français patriote, qui pendant la guerre fit plus que son devoir, et après la guerre se consacra tout entier aux œuvres du relèvement national. Les administrateurs de l'*hospice*, le président de l'*Association de la Charente*, les présidents des *Sociétés de gymnastique*, de la *Ligue de l'enseignement*, de celle des *Patriotes*, et d'autres amis sont venus tour à tour sur sa tombe lui rendre les hommages dus à un homme qui honorait notre profession. Les membres du *Concours*, dont M. Nadaud faisait partie, s'associeront à nos regrets.

Nous avons le regret de faire part, à nos lecteurs, du décès prématuré d'un jeune membre des plus dévoués et des plus actifs de notre *Société* et du *Syndicat* de l'*Aude*, M. le Dr *Bonneric* de *Limoux*. M. Bonneric a succombé en 12 jours à une fièvre typhoïde ataxique contractée au chevet de ses malades. Nous avions pu apprécier toutes les qualités de notre distingué et énergique confrère. Il s'était très promptement concilié l'estime et la confiance de tout le pays et il laisse les siens dans la plus profonde désolation.

GYNÉCOLOGIE PRATIQUE

I

De l'ovarite

Tous les médecins n'ont-ils pas été frappés d'un fait qui constitue une anomalie, au moins apparente, à cette loi de pathologie générale, d'après laquelle les organes condamnés, par leur structure et leurs fonctions, à des afflux sanguins fréquents, sont prédisposés à l'inflammation? Cette exception est relative à l'ovaire. La lecture des traités de gynécologie nous apprend que l'ovarite est une affection dont l'existence est très controversée, ou du moins, entourée d'obscurité. Nous voulons parler, du moins, de l'ovarite primitive; car, l'ovarite secondaire, c'est-à-dire, la détermination d'un processus général sur l'ovaire, ou la propagation à cet organe d'une phlegmasie de voisinage, n'a jamais été révoquée en doute.

Deux citations d'auteurs, d'une compétence indéniable dans des branches différentes, souligneront tout de suite ce que nous venons de dire.

On lit dans le *Traité d'histologie pathologique* de Cornil et Ranvier: « L'inflammation primitive des ovaires, indépendante de la grossesse, de la pelvipéritonite, ou de la pyohémie, est très contestable et pour le moins exceptionnelle. » M. de Sinéty, dans son *Manuel de gynécologie*: « La plupart des soi-disant ovarites, diagnostiquées pendant la vie, sont, ou des périmétrites, ou des lymphadénites circum utérines. »

Et cependant, d'autres médecins français et étrangers ont parlé, et parlent souvent d'ovarites, (ovarites congestive, menstruelle, subaiguë ou chronique). On peut citer des travaux de Chéreau (1844), de Till (1850), de Ferrand (Dict. Encycl.), de Lawson Tait (1883).

Les étudiants qui suivent l'enseignement de M. Gallard, à l'Hôtel-Dieu, entendent souvent celui-ci insister sur l'importance de l'ovarite.

Une contradiction telle existant entre des observateurs de mérite, il faut louer une Société savante de Paris d'avoir proposé l'ovarite comme sujet de concours, pour un prix qu'elle décerne tous les deux ans. (Société de médecine de Paris, prix Duparcque).

Le résultat du concours a été la remise du prix à un mémoire consciencieux rédigé par notre distingué collègue, M. Dalché, sous l'inspiration de son maître, M. Gallard. Dans ce mémoire on trouve réunis un nombre suffisant de faits, assez minutieusement analysés, pour qu'il soit désormais plus facile de comprendre ce qu'on doit entendre par ovarite. Plusieurs points de l'histoire de l'ovarite demandent encore plus de lumière, mais l'existence de l'ovarite primitive ne peut plus être contestée; son anatomie patholo-

gique a gagné en précision, quelques règles ont été posées pour l'établissement du diagnostic, considéré jusqu'ici comme impossible par plusieurs.

II

Nous résumerons d'abord les données *anatomo-pathologiques* que des autopsies déjà assez nombreuses ont permis de constater.

L'ovaire enflammé est augmenté de volume, au point de mesurer 5 à 6 centimètres en tous sens. Tout en devenant d'une consistance plus molle et comme œdémateuse, il devient plus pesant, si bien qu'il subit un abaissement dans le cul de sac péritonéal, ou qu'il reste suspendu le long de l'utérus, son extrémité externe devenant inférieure. Sa chute peut entraîner l'utérus en rétroversion.

Les deux ovaires sont très souvent enflammés simultanément ou successivement; mais il y a une prédominance manifeste de fréquence et de gravité des lésions pour *l'ovaire gauche*. On a proposé, pour expliquer cette prédominance, à peu près toutes les raisons qui ont été invoquées pour le varicocèle: entrave à la circulation de la veine ovarique par l'S iliaque, abouchement à angle droit de la veine utéro-ovarienne gauche dans la veine rénale, gênant encore la circulation en retour; compression par la tête du fœtus dans les positions occipito-iliaques gauches, — cette dernière explication est assez singulière, puisque la stérilité est d'ordinaire l'apanage des femmes atteintes d'ovarite.

La propagation habituelle de l'inflammation de l'ovaire au péritoine voisin entraîne la formation *d'adhérences néo-membraneuses*, d'abord circonscrites, puis de plus en plus étendues. Cette péritonite de voisinage, étant le fait le plus facile à reconnaître cliniquement par le palper, le toucher et les symptômes généraux qu'elle détermine, a absorbé à son profit l'attention des observateurs, et contribué à faire méconnaître l'ovarite qu'elle masque, mais qui en est la cause.

M. Dalché considère à l'ovarite un *stade d'inflammation simple* et un *stade de suppuration*. Dans le premier on trouve l'ovaire volumineux, d'une mollesse œdémateuse, présentant à sa surface des arborisations vasculaires et des taches ecchymotiques; une incision laisse écouler un liquide sanguinolent, et sur la coupe apparaît un pointillé hémorrhagique. Cet aspect macroscopique trouve son explication dans l'existence des vaisseaux dilatés et gorgés de globules, dans une infiltration de cellules embryonnaires, surtout autour des vaisseaux et des corps jaunes, que le microscope révèle. Il peut exister quelques altérations des ovisacs: accumulation de liquide dans leur intérieur, tuméfaction trouble de l'épithélium, ou bien formation, dans leur cavité, d'une matière granuleuse, résultant de la désagrégation du contenu, mais qui n'est pas du pus.

Quand l'ovarite était passée *au stade de suppuration*, les lésions qui ont été constatées étaient de plusieurs espèces.

Dans l'ovarite primitive, on a trouvé à la fois de véritables abcès en certains points et en d'autres des cavités contenant du sang noir ou un liquide sanieux séro-sanguinolent. Ces deux variétés de lésions se rapportent à un travail d'ovulation anormal sur lequel nous reviendrons à propos de l'étiologie.

Tandis que, **dans l'ovarite essentielle**, *la suppuration débute toujours par un follicule qui vient de subir le travail de l'ovulation*, elle peut, **dans l'ovarite secondaire**, *commencer par un follicule quelconque ou par un corps jaune, ou par le stroma.*

La coupe de l'ovaire peut montrer un semis cohérent de petits points abcédés, séparés par du tissu interstitiel vivement congestionné, et de place en place, quelques abcès d'un volume plus considérable par fusion de plusieurs petits. (Darolles, *Annal. de Gynéc.* T. VI.)

Une embolie septique peut être la cause d'un abcès plus ou moins volumineux dans le parenchyme.

Quelques mots sur l'*ovarite chronique* qui peut succéder à l'ovarite aiguë. On note alors la transformation progressive des noyaux d'infiltration embryonnaire en tissu fibreux, qui étouffe les viscères et tantôt augmente le volume de l'organe, tantôt, en se rétractant, conduit à l'atrophie.

On observe aussi l'*ovarite interstitielle chronique d'emblée* « succédant aux congestions ovariques répétées et à l'évolution rétrograde des follicules de Graaf » (Cornil et Ranvier).

Enfin une prolifération fibreuse par *cirrhose péri-vasculaire* est l'analogue de la cirrhose atrophique du foie, et une *cirrhose péri-folliculaire* favorise, d'après Quénu, la formation de petits *kystes* dits *vésiculaires*, en empêchant certains corps jaunes de revenir sur eux-mêmes et de combler leurs cavités, après l'expulsion des ovules.

III

C'est surtout au point de vue de **l'étiologie** que la distinction s'impose entre l'inflammation primitive et l'inflammation secondaire de l'ovaire.

La pathogénie de celle-ci est facile à comprendre.

Ainsi l'ovarite qui se montre après les *avortements* ou les *accouchements*, dans l'état de *puerpéralité*, trouve son explication, soit dans la propagation de l'inflammation utérine par la voie de la muqueuse des trompes, soit dans celle des inflammations circum-utérines par les voies lymphatiques (adéno-lymphite), soit dans la formation d'embolies septiques, dans le transport des microbes puisés par le sang dans les foyers infectieux de l'utérus, du vagin et de la vulve.

C'est à un processus analogue que sont dues les ovarites consécutives à certains *traumatismes opératoires portant sur l'utérus*, extirpation de polypes, cathétérisme utérin pratiqué maladroitement ou sans précautions antiseptiques suffisantes.

L'ovarite *blennorrhagique*, que Dominique Panaroli signalait dès 1652, que Ricord a bien étudiée et qui, d'après Bernutz et Fournier apparaît entre la troisième et la cinquième semaine, reconnaît pour cause l'extension progressive de l'inflammation spécifique du vagin à la muqueuse utérine, puis à celle des trompes et du pavillon.

Puis vient, la catégorie des ovarites qui doivent être envisagées comme des déterminations locales d'états morbides généraux.

Le *rhumatisme* est admis par M. Gallard, par Lawson Tait comme une cause d'ovarite. Ce dernier a vu une ovarite apparaître aussitôt après la disparition des arthropathies.

M. Richet, M. Lancereaux ont décrit l'ovarite *syphilitique*.

Les fièvres éruptives et les pyrexies infectieuses qui leur sont assimilables, comprennent l'ovarite parmi leurs déterminations possibles : Béraud a établi le fait pour la *variole*, Lawson Tait pour la *scarlatine* ; on l'a vu plus souvent encore dans la *rougeole*, et il n'est plus permis de douter (Scaglia, Ferrand) que *l'infection ourlienne* n'atteigne l'ovaire au même titre que le testicule.

Enfin, P. James a établi la relation entre l'ovarite et *certaines angines tonsillaires*, ce qui n'a rien de surprenant, maintenant que la nature infectieuse de quelques amygdalites (Bouchard, Landouzy, Dubousquet-Laborderie) a été attestée par l'état général grave, l'albuminurie, les arthropathies qui les accompagnent.

L'ovarite *tuberculeuse* peut être, soit une des manifestations locale d'une tuberculose généralisée, une des complications de la phthisie pulmonaire, soit l'une des étapes de la tuberculose génitale primitive se propageant de proche en proche à la séreuse péritonéale.

Tout cela est net. Mais c'est **l'étiologie de l'ovarite primitive**, essentielle, qui est encore obscure, bien qu'il soit possible d'en proposer une explication pathogénique, ainsi que l'a fait Dalché.

Dalché se base sur la constatation anatomique qu'il a faite de deux ordres de lésions simultanées dans les mêmes ovaires : les unes consistant en épanchements sanguins dans les corps jaunes, — les autres en cavités contenant de la matière puriforme, et sur les parois desquelles se voyait encore au microscope la membrane flexueuse d'un corps jaune. Il croit pouvoir admettre que, si cette membrane ne se retrouve pas autour de tous les abcès dont est parsemé l'ovaire enflammé dans le stade de suppuration, c'est qu'elle a disparu, étouffée par la prolifération embryonnaire.

De là Dalché fait découler le raisonnement suivant : L'ovaire se congestionne physiologiquement tous les mois ; si la congestion physiologique dépasse ses limites, une hémorrhagie se fait dans le follicule de Graaf, qui vient de chasser son ovule, et en certains points cet épanchement sanguin provoque un processus inflammatoire qui aboutit à la formation d'une collection purulente. Cette hypothèse est d'accord avec les observations dans lesquelles on a trouvé une apoplexie vésiculaire, une hémorrhagie folliculaire dans un des ovaires, et un abcès dans l'autre (Caresme. Soc. Anat.)

Ainsi, poursuit Dalché, l'ovarite primitive, essentielle, est due à une maladie de l'ovulation, qui s'accomplit d'une façon défectueuse ; aussi n'a-t-elle jamais été signalée que chez des femmes réglées, ne se montre-t-elle ni chez la jeune fille impubère, ni chez la vieille femme après la ménopause. « L'affection ainsi comprise, on s'explique d'une part, l'exagération des symptômes au moment de la menstruation, et de l'autre des phénomènes d'alternance rapportés par les gynécologistes, frappés de voir les signes douloureux passer brusquement sans motif d'un côté à l'autre. »

On peut admettre que, dans les cas les moins accentués, le processus se borne à une hypérémie ovarienne (ovarite congestive menstruelle,) n'aboutissant pas à l'hémorrhagie intra-folliculaire et à la suppuration. Les autopsies manquent pour vérifier cette hypothèse vraisemblable.

Mais quel est le *primum movens* de la déviation morbide du processus physiologique de l'ovulation ? Sur ce point on ne peut que faire des suppositions. Invoquer, avec Simpson, un excès de congestion, c'est répondre à une question par une autre question. Scanzoni pense que des ovisacs situés trop profondément dans le tissu ovarien ne peuvent que péniblement expulser leur ovule. Chéreau se demande si le follicule chez les femmes vouées à l'ovarite menstruelle ne présente pas des adhérences inaccoutumées. Ch. Robin interprétait la présence de certains caillots sanguins dans l'ovaire comme le résultat de la maturité d'ovules développés en un point trop éloigné de la surface.

L'hypothèse de Bischoff, que Gallard incline à accepter, est assez complexe : « Il est possible, dit-il, que parfois le follicule augmente de volume sans s'ouvrir, et qu'un œuf vienne à maturité sans sortir de la vésicule.... Cela peut tenir à la situation profonde du follicule dans le tissu de l'ovaire, à l'épaisseur de la membrane propre de l'ovaire, à l'insuffisance de la sécrétion, qui se fait dans le follicule et doit normalement ramollir ou perforer ses parois. »

Ce qui doit intéresser le clinicien, c'est l'état constitutionnel des sujets chez lesquels l'ovarite primitive a été constatée : tantôt filles chétives, à développement général imparfait, à antécédents strumeux ou tuberculeux, tantôt nerveuses et soumises à des excitations génitales d'ordre psychique ou physique.

Sur la nature de ces excitations, les observateurs sont peu d'accord. Si Lawson Tait s'en prend à la musique, et surtout au piano, qui d'une part oblige la jeune fille au moment de son développement sexuel à rester assise dans une position fatigante, le dos sans appui, et peut aussi devenir la source d'émotion vives, — Guibout incrimine la machine à coudre, — surtout quand elle est à deux pédales, ajoute Gallard. On a accusé encore l'éréthisme non satisfait de la jeune fille mise en contact journalier avec des jeunes gens, celui qui résulte au contraire des premiers temps

du mariage.

La suppression brusque des règles par suite d'un refroidissement, un traumatisme sexuel ou accidentel pendant la période menstruelle ont été signalées comme causes occasionnelles.

Toute cette étiologie manque à coup sûr de précision, mais ce n'est pas à nous qu'il appartient de lui en donner d'avantage.

IV

L'ovarite primitive débute, en général, à la puberté, insidieusement, dès les premières règles, qui sont particulièrement pénibles, douloureuses et anormales, soit par défaut, soit par excès d'écoulement sanguin. Till admettait trois formes d'ovarite : aménorrhéique, dysménorrhéique, ménorrhagique.

La dysménorrhée, c'est-à-dire, la douleur existant dans tous les cas, il n'y a lieu de s'occuper que des deux autres. Or, l'aménorrhée est beaucoup plus rare ; elle se montre, il est vrai, quelquefois passagèrement, sous forme d'une absence ou d'une apparition insignifiante des règles, pendant trois ou quatre mois, mais bien plus souvent on voit les règles durer huit et dix jours, profuses surtout pendant les trois ou quatre premiers jours, et contrastant, par leur abondance, avec l'aspect chétif et anémique de la jeune fille ou jeune femme. On peut voir, au bout d'un certain temps même, des ménorrhagies intermenstruelles à l'occasion d'un traumatisme, d'une fatigue ou d'un examen médical.

Dire que la douleur, d'abord limitée à la période du molimen menstruel, précédant plus souvent l'apparition de l'écoulement sanguin que naissant avec lui, peut devenir plus tard presque continue, obligeant la malade à redouter tout choc, tout faux-pas, tout effort, coït, défécation, — ce n'est pas donner au praticien des renseignements qui lui permettent de différencier l'ovarite de tant d'affections chroniques de l'appareil génital.

Mais voici qui est plus caractéristique. La douleur est réveillée quand on presse sur la paroi abdominale, « en une région qui correspond à peu près *à l'entrecroisement de deux lignes, dont l'une irait de l'épine iliaque antérieure et supérieure à l'épine du pubis, l'autre de l'ombilic à l'éminence iléo-pectinée....* Elle subit une exaspération de courte durée quand, après une forte compression, on enlève brusquement la main. Lorsque, par le toucher, on explore les culs-de-sac du vagin, tout d'un coup la malade se plaint et fait un mouvement brusque, le doigt vient de rencontrer l'ovaire, et, s'il s'appuie dessus, la douleur, dit Gallard, devient exquise. »

Le doigt profondément introduit permet souvent de percevoir l'ovaire précipité dans le cul-de-sac de Douglas. « Alors dans un des culs-de-sac latéraux, et un peu en arrière, on sent une petite tumeur, légèrement arrondie, séparée de l'utérus, fuyante, sans battements à sa surface, dont le volume varie d'une noix à un œuf, et que quelquefois on peut sentir fuir comme un noyau de cerise entre l'index, placé dans le vagin, et le médius, introduit dans le rectum. »

Naturellement cette sensation n'est plus perçue quand la phlegmasie ovarienne a déterminé une pelvi-péritonite de voisinage : alors empâtement de la région, tumeur plus ou moins volumineuse, immobile, dans l'un des culs-de-sac, avec battements vasculaires, etc. Alors aussi surviennent fièvre, frissons, vomissements, céphalalgie, qui ne sont point le cortège de l'ovarite simple.

Puis, au bout de quelque temps, la poussée péri-ovarienne disparaît ; les exsudats se résolvent et un jour on retrouve l'ovaire, augmenté de volume, moins mobile, toujours douloureux, et ainsi de suite pendant la plus grande partie de la vie sexuelle, qui n'est qu'un long martyre pour les femmes atteintes ainsi d'ovarite à répétition. Anémie, dyspepsie, neurasthénie se développent naturellement chez elles à la longue.

Elles n'ont même pas la consolation de la maternité. La *stérilité* est la conséquence habituelle de l'ovarite. « L'ovule ne peut être fécondé pour bien des motifs ; des adhérences vicieuses éloignent le pavillon de la trompe ; le travail d'ovulation se fait mal, l'ovule est altéré ou non expulsé ; enfin, étouffés par les lésions voisines, les ovisacs diminuent, puis disparaissent, et l'organe reste impropre à remplir la grande fonction dont il est chargé. » (Dalché).

Les symptômes de l'ovarite secondaire ne méritent pas une description spéciale, soit parce qu'ils se confondent avec ceux de la maladie primitive, comme dans les accidents puerpéraux, soit parce que, sachant qu'ils peuvent apparaître au cours de la maladie en train d'évoluer (pyrexie éruptive, oreillons, angine), le médecin en fera facilement le diagnostic dès les premières manifestations douloureuses, localisées à la région ovarienne.

V

Avant la thérapeutique, la prophylaxie. Pour les jeunes filles dont la constitution délicate, les manifestations scrofuleuses ou le tempérament nerveux peuvent faire craindre un établissement laborieux des règles et une déviation de l'ovulation hors du type physiologique, le médecin d'une famille saura donner d'utiles conseils aux mères en prescrivant d'éviter à leurs filles, avec un soin particulier, les fatigues, les excitations physiques et psychiques de nature à retentir sur l'appareil utéro-ovarien. Ce sont là peut-être des banalités, mais que de banalités trop souvent négligées en hygiène !

La balnéo-thérapie sous forme de bains chauds, avec des eaux chlorurées, n'est pas à dédaigner, non plus que tous les stimulants de l'innervation et par suite de la vascularisation, frictions générales, air très oxygéné ou salin, radiation solaire, exercices modérés ; mais pas de piano! pas de machines à coudre!... pour contenter ceux qui

incriminent ces instruments, dont l'un n'est pas toujours aussi agréable que l'autre est utile.

Quand les douleurs paraissent, toutes les médications analgésiques seront combinées à la médication révulsive. Puis on traitera tour à tour les pertes de sang (digitale, injections d'eau très chaude, dit Dalché), — l'anémie, la dyspepsie, les troubles nerveux. Rien de particulier à recommander au praticien à aucun de ces points de vue.

Mais il n'est pas inutile de dire que ce serait commettre une lourde faute, que de conseiller ou de laisser accomplir le mariage d'une jeune fille atteinte d'ovarite à répétition, dans l'espoir que cet acte améliorera la situation... à moins qu'on ne désire faire le malheur de deux personnes au lieu d'une, et procurer au mari une femme aussi incapable de le rendre père qu'époux satisfait.

Enfin nous ne pouvons mieux finir qu'en laissant la parole à Dalché.

« En présence d'une maladie aussi désespérément longue, et sur laquelle la thérapeutique en réalité n'a que peu de prise, depuis longtemps des chirurgiens avaient eu l'idée d'enlever un organe inutile et gênant. Mais de grandes autorités s'étaient élevées contre cette intervention. Velpeau la proscrivait énergiquement. De nos jours les conquêtes de la chirurgie abdominale ont rendu les opérateurs plus hardis, et la castration de la femme, l'opération d'Hégard ou de Battey, dont nous connaissons aujourd'hui les heureux résultats dans certaines métrorrhagies (voir thèse de Tissier), a été pratiquée pour l'ovarite. Sur 35 cas, Lawson Tait n'a eu qu'un seul décès.

Certes, les indications de cette intervention sont des plus délicates, et il faut avoir épuisé tous les autres moyens curatifs, il faut être bien sûr que la femme est à jamais stérile pour en arriver à l'amputation des deux ovaires. Mais, lorsqu'on voit certaines patientes s'affaiblissant graduellement par des ménorrhagies considérables, obligées de renoncer à la vie de tout le monde à cause de leur souffrances répétées, dans ces cas graves, on ne saurait être aussi sévère que Velpeau pour la castration. C'est contre les abus qu'il convient de s'élever, contre les opérateurs qui, trouvant dans l'ovaire la cause de l'hystérie, l'extirpent pour supprimer l'ovarite hystérique et par cela même la névrose.

Toutefois, comme l'a démontré M. Terrier dans la séance du 8 juillet 1875 de la Société de chirurgie, il faut faire ici des restrictions. Une hystérique peut-être tourmentée par une ovaralgie rebelle et intense, et cette ovaralgie réagissant à son tour sur la névropathie provoque des crises et des accès douloureux ; sur une semblable malade, M. Terrier a pratiqué l'opération de Battey, les phénomènes hystériques ont persisté, mais les crises et les douleurs ont disparu. Le chirurgien n'a pas prétendu guérir la névrose, mais il a fait l'ablation de l'ovaire, comme il eût réséqué le nerf dentaire chez une hystérique torturée par une névralgie intolérable. »

P. LE GENDRE.

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la cirrhose du foie par l'hippurate de chaux,

Par le Dr V. POULET, de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

(*Suite*)

Selon M. Potain, le pronostic de la cirrhose hypertrophique est très grave, parce que la thérapeutique a peu de prise sur elle. On ne pourrait espérer autre chose que d'en retarder la marche. S'il m'est permis d'émettre une opinion différente à propos d'une maladie dont l'évolution est si lente, et alors que mes essais ne datent que d'un petit nombre d'années, je dirai que le traitement par l'hippurate de chaux paraît être ici un véritable spécifique, et qu'il m'a fourni des résultats surprenants, si avantageux même, que je crois être en droit de compter, dans maints cas, sur une guérison définitive, pourvu toutefois, condition *sine quâ non*, cela se conçoit, que les sujets renoncent à leurs libations exagérées.

Dans la forme mixte, l'association des symptômes accélère la terminaison fatale ; la maladie met peu de mois à parcourir ses diverses phrases.

Jusqu'à présent, le traitement a consisté dans l'emploi des alcalins : eaux minérales alcalines du carbonate de chaux, de l'iodure de potassium. Il faut éviter l'administration des purgatifs à cause de la tendance à la diarrhée, à moins que l'embarras gastrique ne soit bien prononcé, auquel cas il convient de le combattre par un purgatif salin et gazeux. Les exutoires sur la région du foie ont donné des résultats avantageux ; mais l'amélioration que l'on réalise par ce moyen n'est que temporaire et, bientôt, le mal reparaît de plus belle. L'indication des toniques, des amers surgit d'assez bonne heure.

Dans un cas d'épistaxis rebelle, sous la dépendance de la cirrhose, M. Verneuil eut recours, avec succès, à l'application d'un large vésicatoire sur la région hépatique.

En résumé, en entreprenant le traitement d'une cirrhose hypertrophique, les plus éminents praticiens ne se dissimulent pas l'inanité de leurs efforts, et confessent qu'il n'y a pas à compter sur une cure bien solide. Nous avons trouvé dans l'hippurate de chaux un

agent infiniment plus puissant, plus avantageux que tous ceux qui ont été usités jusqu'ici contre cette maladie. L'amélioration qu'il procure, est immédiate, considérable. On sent que la cirrhose hypertrophique, pareille, si je puis ainsi dire, à un cheval rétif, a enfin rencontré son dompteur. Voici quelques observations inédites propres à mettre en lumière la merveilleuse efficacité de cette préparation dont la base fait partie intégrante de notre économie, et dont nous avons démontré péremptoirement que l'acide est le principe acide normal du suc gastrique. Quelques observations analogues ont été déjà publiés dans la *Gazette hebdomadaire* (année 1884), et récemment dans le *Bulletin de Thérapeutique*.

Obs. I. — Cirrhose hypertrophique du foie accompagnée d'épistaxis fort grave. Traitement par le sirop d'hippurate de chaux. Guérison datant de deux ans.

M. Xavier X. âgé de 43 ans, d'un tempérament sanguin, de constitution athlétique, ouvrier fondeur, s'adonnait à l'usage immodéré des boissons alcooliques, de l'eau-de-vie surtout ; quand il avait fait des orgies pendant plusieurs jours, il devenait furieux, chassait sa femme, battait même son père et se rendait odieux à toute sa famille. Depuis longtemps il était atteint de vomissements glaireux ; à partir du commencement de l'année 1883, il survint des crises pendant lesquelles tous les aliments ingérés étaient bientôt vomis. Les conjonctives prirent une teinte subictérique ; en même temps le ventre se météorisa ; mais l'augmentation de son volume n'était pas dû uniquement à un développement gazeux ; le foie était considérablement hypertrophié et dépassait les fausses côtes de trois travers de doigt. Le diamètre axillo-iliaque de cet organe mesurait près de 17 centimètres ; le diamètre mammaire 15 et le sterno-pubien 12 centimètres. Il n'y avait pas de diarrhée, plutôt, au contraire, une tendance à la constipation. De fréquentes et graves épistaxis se manifestèrent. En général, le sulfate de quinine, excellent hémostatique à la dose quotidienne d'un gramme, en fit assez facilement justice. Toutefois, l'une de ces hémorhagies fut tellement intense, tellement rebelle à l'action des hémostatiques, et même du tamponnement nasal, le malade paraissait si exsangue que nous fûmes sur le point de lui pratiquer la transfusion du sang.

A plusieurs reprises, X... souffrit d'attaques extrêmement douloureuses de rhumatisme goutteux, localisé d'abord dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, plus tard, envahissant tantôt le genou, tantôt le plus souvent la hanche droite. Obligé chaque fois de garder le lit pendant quinze à vingt jours, il était en proie à une fièvre violente accompagnée des signes d'un embarras gastrique très accentué.

Les urines étaient jaunâtres, d'une nuance très foncée. Pendant les périodes d'ictère, elles renfermaient un peu de biliverdine décelée par la coloration vert-bouteille qui apparaissait sous l'action de l'acide nitrique.

En mars 1883, ce malade, après avoir été purgé à l'aide d'une bouteille d'eau purgative, fut mis à l'usage du sirop d'hippurate de chaux, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour, et le traitement, aidé d'une bonne hygiène, fut continué pendant 3 mois. Au bout de ce temps, trois litres de sirop avaient été consommés, les accidents gastro-intestinaux et les accès de gouttes avaient entièrement disparu, les urines étaient redevenues ambrées, le foie était rentré dans ses limites normales. Le dégoût pour les alimens, surtout pour la viande, avait fait place à un excellent appétit. Notre client est un des sujets qui, ayant pris la résolution de quitter leurs habitudes, ont persévéré le danger passé. Nous pouvons regarder la guérison comme complète et définitive, à condition qu'il reste fidèle à ses bonnes résolutions.

Dans les cas qui suivent, le malade, d'abord amendé ou même guéri, n'a pas tardé à retomber dans les écarts de régime, dans la débauche de boissons, qui avaient occasionné les premières atteintes ; ce qui fait que les crises se sont reproduites. Traité chaque fois par l'hippurate de chaux, il a vu, d'ordinaire, les accidents conjurés rapidement ; mais le pronostic est singulièrement assombri par le retour perpétuel des causes qui ont ébranlé une constitution d'ailleurs excellente, et ne peuvent manquer, la minant constamment et peu à peu, d'en amener la ruine.

Obs. II. — Dyspepsie alcoolique. Commencement de cirrhose hypertrophique du foie. Sous l'influence du sirop d'hippurate de chaux, amélioration rapide. Retour des crises à la suite de nouveaux écarts de régime.

M. Charles X..., âgé de 39 ans, doué d'une bonne constitution, ouvrier sur métaux, ne se contenta pas malheureusement de sa profession et y joignit, il y a quelques années, celle de cabaretier. Depuis cette époque, il a commis de grands excès de boissons, et, au bout d'un an de ce régime détestable, buvant beaucoup, ne mangeant guère, il commença à souffrir de vomiturifions, de vomissements glaireux le matin, de météorisme et de crises répétées, pen-

dant lesquelles il était en proie à une grande anxiété et à des douleurs intolérables siégeant à l'épigastre et à l'hypochondre droit, et s'irradiant jusqu'à l'épaule gauche. Il y avait une tuméfaction notable du lobe gauche du foie, dont l'hypertrophie se décélait aisément par la palpation de la région sus-ombilicale, une teinte subictérique très prononcée des conjonctives, des urines d'un jaune brunâtre. Fièvre nulle. Langue habituellement saburrale. A diverses reprises, le malade avait eu des épistaxis inquiétantes.

Plusieurs traitements, des purgatifs salins, de l'iodure de potassium, etc., ont été essayés avec peu de succès.

Le 22 juillet 1884, appelé pour remédier aux phénomènes douloureux d'une crise, nous prescrivîmes une bouteille d'eau de Sedlitz qui nous parut indiquée par l'état saburral et, les jours suivants, l'administration quotidienne de trois cuillerées à bouche de sirop d'hippurate de chaux.

L'effet ne se fit pas attendre. Les vomissements, l'inappétence et l'insomnie disparurent dès les premiers premières cuillerées de ce médicament héroïque. En peu de jours l'amélioration fut si considérable qu'elle avait bien l'air d'une guérison. L'hippurate de chaux fut continué jusqu'au 30 août, époque où nous perdîmes de vue ce malade, dont le cas nous paraissait un bel exemple de l'efficacité de notre médication.

La rémission ne fut pas de longue durée. A peine avions-nous cessé de lui donner des conseils, qu'il reprit ses vieilles habitudes. Aussi, dès le 21 septembre, revint-il nous consulter, se plaignant des mêmes symptômes qui avaient motivé notre première intervention. Depuis cette époque rien n'a été changé ni à ses débauches, ni aux crises qui en sont la triste conséquence.

Obs. III. — Cirrhose alcoolique hypertrophique, non biliaire. Vomissements incessants. Disparition rapide des accidents de la dyspepsie alcoolique par l'administration de l'hippurate de chaux.

M. Georges X..., âgé de 29 ans, tempérament sanguin, ex-douanier, s'est trouvé tout à coup, à la mort de sa mère, à la tête d'une belle fortune. Aussitôt de donner sa démission et de jouir de son patrimoine en se livrant, sans mesure, à la débauche alcoolique. Le 24 août 1884, il est réduit à l'état le plus déplorable; il est en proie à des vomissements glaireux continuels, ce qui ne l'empêche pas de faire d'abondantes libations de vin de Champagne, qu'il rend presque immédiatement après l'avoir ingéré. L'inappétence est absolue; l'affaiblissement musculaire considérable. Il y a de la somnolence, du météorisme, de la douleur à la pression du creux épigastrique, un développement insolite du foie au-dessous du rebord des fausses côtes. La langue, un peu saburrale, présente l'aspect rouge et fendillé, caractéristique de la gastrite des alcooliques. Le caractère est devenu extrêmement irascible. Pas de chaleur en excès. Pouls à 80.

Nous commençons ce traitement par l'administration d'une bouteille d'eau purgative, le 25, et dès le 26, le malade est mis à l'usage de l'hippurate de chaux, à la dose de trois cuillerées à bouche de sirop, par jour.

Le 29, nous étions à la gare de Bas-Evette. Le malade nous aperçoit de la portière d'un wagon, au moment où le train allait partir, et nous crie, tout joyeux : Je suis guéri! ajoutant force remercîments et félicitations pour l'heureux résultat du traitement que nous avions prescrit.

Malheureusement, il ne tint aucun compte de nos conseils. Peu de temps après, il retomba dans ses vieilles habitudes, les buveurs sont, à bien peu d'exceptions près, incorrigibles, et nous avons appris récemment qu'il venait de succomber aux suites de ses excès.

Obs. IV. — Dyspepsie alcoolique grave, sous la dépendance d'une cirrhose hypertrophique biliaire. Vomissements alimentaires. Guérison rapide par le sirop d'hippurate de chaux.

M. Isidore X..., âgé de 64 ans, ancien militaire, aubergiste, fait grand abus de cognac, de vin sucré et de café noir. Il ne se donne pas la peine de se verser à boire ; pour simplifier les choses, il boit à la bouteille, et un jour, dans sa précipitation, il se trompa de flacon, et avala, en place de cognac, une forte dose d'alcali. Tout autre y eût succombé ; mais, par une chance exceptionnelle, il se trouve que l'ammoniaque est justement un antidote de l'alcool, et il est certain que l'absorption devait se faire très mal et très lentement à la surface d'une muqueuse épaissie, altérée par le contact habituel des liqueurs fortes. Nous estimons que ces circonstances favorables ont sauvé la vie de notre malade, en nous permettant d'agir en temps utile, et de neutraliser la base ingérée par un acide inoffensif avant l'invasion d'accidents mortels.

(*à suivre*)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Association générale des Médecins de France.

Les deux circulaires suivantes viennent d'être adressées aux Présidents et Secrétaires des Sociétés locales.

Nous avons l'honneur de vous adresser, ci-jointe, une circulaire relative à l'élection d'un Président de l'Association générale. Cette élection, vous le savez, doit se renouveler tous les cinq ans. La précédente date du 20 mars 1881; le Conseil général a décidé que la prochaine aurait lieu le 18 mars 1886.

Toutes les Sociétés locales devront donc se réunir à cette date.

Afin de leur permettre d'utiliser le mieux possible cette réunion extraordinaire, nous aurons soin de vous faire parvenir, quelques jours à l'avance, les deux rapports préparés par les Commissions spéciales auxquelles a été renvoyée l'étude des vœux pris en considération par l'Assemblée générale de 1885, et qui ont pour objet, l'un le projet de création d'un ordre des médecins, l'autre la question des déclarations de décès dans ses rapports avec le secret médical. Chaque Société aura ainsi le loisir d'étudier complètement ces deux rapports avant la prochaine Assemblée *générale* qui aura lieu à Paris le 2 et le 3 mai 1886.

Nous devons encore appeler votre attention sur une question d'une grande importance.

A la suite de la confirmation, par la Cour de cassation, du jugement du tribunal de Domfront et de l'arrêt de la Cour de Caen relatifs aux Syndicats médicaux, plusieurs Sociétés locales ont exprimé le vœu que l'Association générale des Médecins de France s'adressât au Parlement en vue d'obtenir que le bénéfice de la loi du 21 mars 1884, sur les Syndicats professionnels, fût étendu aux membres des différentes professions libérales et notamment aux membres du Corps médical.

Une demande d'intervention, dans le même sens, a été adressée au Conseil général par M. le Président de l'Union des Syndicats de France.

Au lieu d'agir par lui-même, le Conseil a pensé que c'était à la prochanie Assemblée générale de l'Association qu'il appartenait de se prononcer sur la conduite à tenir dans cette circonstance.

Il convient donc que chaque Société locale se prépare à faire connaître son opinion à cet égard, par le ou les délégués qui seront chargés de la représenter dans les séances des 2 et 3 mai 1886.

Le Président, H. ROGER.

Le Secrétaire-général, A. FOVILLE.

La seconde période quinquennale de la Présidence de M. le Dr Roger va expirer le 20 mars de l'année courante, et, vers cette date, il devra être procédé à une nouvelle élection présidentielle.

Nous avons l'honneur de remettre sous vos yeux la partie de l'article 9 de nos Statuts, qui règle la procédure de cette élection. Elle est ainsi conçue :

« Le Président est élu tous les cinq ans, par le suffrage direct de tous les membres de l'Association, dans une séance spéciale qui a lieu, le même jour, au siège de toutes les Sociétés agrégées.

» Les membres, qui se trouveront empêchés d'assister à cette séance pourront prendre part au vote en adressant, sous pli cacheté, leur bulletin au Président de leur Société locale.

» L'élection a lieu à la majorité relative des voix exprimées. »

Afin d'assurer l'exécution de cet article, le Conseil général a décidé que l'élection du Président serait fixée au jeudi 28 mars prochain.

En portant cette décision à votre connaissance, nous vous prions, Monsieur et très honoré Confrère, de vouloir bien vous concerter avec les autres membres du Bureau de votre Société locale, pour veiller à ce que l'élection ait lieu à la date indiquée, et pour en assurer la régularité. Le dépouillement des votes sera fait par les soins d'une Commission spéciale que le Conseil général a nommée dans sa séance du 8 courant et qui se compose de MM. Bergeron, Boutin et Martineau.

C'est au Secrétaire de cette Commission, M. le Dr Martineau, rue Cambon n° 24 à Paris, que devront être adressé, le plus tôt possible, les procès-verbaux des élections de chacune des Sociétés locales composant l'Association. Chaque procès-verbal devra indiquer le total des votants et le nombre de voix obtenues par les différents candidats.

Nous terminerons en vous rappelant que, d'après l'art. 10 des Statuts, le Président en fonction est toujours rééligible.

Les Vice-Présidents de l'Association.

CAZENEUVE, Baron LARREY, RICORD, BOUCHACOURT,

II

La lecture de ces deux circulaires nous suggère quelques réflexions :

Dans la première, *l'Association* demande s'il se trouvera, parmi ses membres un médecin disposé à répondre *négativement* à cette question : *voulez-vous appuyer les démarches des nombreux et honorables médecins qui souhaitent que les professions libérales puissent réclamer, si elles le jugent conforme à leurs intérêts, le bénéfice de la loi du 24 mars sur les associations professionelles syndicales.*

Nous espérons que la réponse sera unanime.

Quant à l'objet de la deuxième circulaire, nous ne nous contentons pas d'espérer, mais sommes certains que la réponse sera unanime.

M. *Henri Roger* inaugurera le 18 mars son troisième quinquenat. Tous ses électeurs sont les admirateurs de son zèle et les obligés de ses bienfaits sans cesse répétés. Et comme dans les œuvres de bienfaisance et de mutalité, la prodigalité vis-à-vis des électeurs n'est pas une cause d'invalidation (au contraire !), M. Roger sera réélu à l'unanimité.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr MARGUERITTE, président; M. CÉZILLY, vice-président ; MM. DESTREM, MILET, assesseurs; M. BARAT-DULAURIER, secrétaire-trésorier.

Banquet offert par les syndicats médicaux de la Gironde aux sénateurs et aux députés du département(1).

Des médecins, délégués des Syndicat, étaient venus de tous les points du département. Un grand nombre de membres de l'Association locale, entre autres son sympathique Président, M. *Hameau*, son Secrétaire général, M. R. *Saint-Philippe*, M. *Lande*, Vice-Président, avaient répondu à l'appel de leurs confrères syndiqués. M. *Pitres*, Vice-Président de l'Association, Doyen de la Faculté de Médecine, avait bien voulu se joindre à ses confrères.

MM. Dupouy, sénateur, Président du Conseil général de la Gironde ; Obissier-Saint-Martin, Monis, O, Cazanvieilh, Fernand Faure, Mérillon, L Laroze, députés de la Gironde, s'était joint M. Bruyère, député do la Dordogne.

Des circonstances diverses avaient empêché nos autres sénateurs et députés de se trouver au rendez-vous (2).

A sept heures, tous les convives prenaient place autour d'une table magnifiquement ornée, sous la présidence de M. le Dr Caussade, Président de l'Union des Syndicats du département, conseiller général de la Gironde.

Au champagne, il s'est exprimé en ces termes :

MONSIEUR LE SÉNATEUR,

MESSIEURS LES DÉPUTÉS,

Les délégués des Syndicats médicaux girondins vous remercient de l'honneur que vous avez bien voulu leur faire, en répondant à l'invitation qu'ils vous avaient adressée ; ils remercient également M. le Président, MM. les membres du Bureau et du Conseil d'administration de l'Association des Médecins de la Gironde, de même que M. le Doyen de notre jeune Faculté de Médecine, de s'être joints à eux dans cette importante manifestation.

Votre présence au milieu de nous, Monsieur le sénateur et Messieurs les députés témoignent hautement de l'estime que vous professez pour le Corps médical, et de votre sollicitude pour ses intérêts menacés.

Les intérêts du Corps médical sont menacés, en effet, Messieurs, par une législation surannée, et dont les dispositions ne sont plus en harmonie avec les besoins réels de notre époque.

Nos vœux vous seront exposés par notre honorable Secrétaire général ; il seront aussi placés sous les yeux du Parlement pendant le cours de législature actuelle.

Tous mes confrères et moi, Messieurs, vous serons reconnaissants de vouloir bien examiner avec une bienvaillante attention les propositions qui vous seront presentées à cet égard par quelque-uns de vos collègues, et de les appuyer de toute votre autoriéé dans la mesure dictée par votre conscience.

L'espoir que vous ferez un bon accueil à nos justes doléances nous paraît d'autant mieux fondé, Messieurs, que nous savons nous adresser à des esprits libéraux, à des hommes éclairés et amis des sages progrès.

Permettez, je vous prie, Messieurs, au Président de l'Union des Syndicats de la Gironde, d'être bien légitimement fier de vous souhaiter la bienvenue, et de porter la santé des représentants de notre beau département, parmi lesquels il éprouve la vive satisfaction de voir plusieurs de ses collègues du Conseil général, et notamment M. le Président de l'Assemblée départementale.

Vous estimerez avec lui, Messieurs, qu'il manquerait à un devoir des plus étroits s'il négligeait de porter la santé de M. Brugère, député de la Dordogne, qui a bien voulu accepter aussi notre invitation.

A M. le sénateur, à MM. les députés (*applaudissements*).

M. Dupouy, sénateur, a ensuite pris la parole ; il a remercié M. Caussade des bonnes paroles qu'il venait de prononcer. « Je ne saurais oublier, en effet, a-t-il dit, que mon père a exercé, pendant près de cinquante ans, la médecine à Bordeaux. Il m'est donc agréable de promettre aux médecins de la Gironde de défendre au Sénat leurs intérêts professionnels. Et je ne crois pas trop m'avancer, ajoute-t-il, en disant qu'en prenant cet engagement je traduis le sentiment de mes collègues (*applaudissements*). »

M. Barat-Dulaurier, Secretaire général de l'Union des Syndicats, a pris la parole après M. Dupouy :

MONSIEUR LE SÉNATEUR,

MESSIEURS LES DÉPUTÉS,

C'est une bonne fortune pour les médecins de la Gironde, de voir réunis à cette table un si grand nombre de nos élus au Sénat et à la Chambre.

Si je jette un regard dans cette salle où se sont donné rendez-vous les délégués de nos Syndicats, des

(1) *Journal de médecine de Bordeaux.*

(2) Pendant le dîner, le Président recevait une lettre de M. le sénateur Issartier s'excusant, par un deuil de famille, de ne pouvoir assister au banquet et promettant son énergique concours.

membres de nos Sociétés médicales, parmi lesquels je suis particulièrement heureux de saluer les chefs aimés et respectés de notre Association et de notre jeune Faculté, je sens profondément combien il eût été facile au Corps médical de la Gironde de choisir, pour vous exprimer nos vœux, un représentant plus autorisé et plus éloquent. Mais — qu'on me permette de l'affirmer — il n'eût pas été possible d'en rencontrer un qui fût animé d'un plus ardent désir de voir améliorer les conditions dans lesquelles s'exerce notre profession, et de provoquer des réformes depuis longtemps souhaitées.

C'est au nom des médecins syndiqués de la Gironde, c'est aussi au nom de l'Union des Syndicats médicaux de France, dont j'ai l'honneur d'être le Secrétaire, que je viens solliciter votre bienveillante attention.

M. DULAURIER retrace rapidement les vicissitudes des divers projets de *révision de la législation médicale.*

Il rappelle que le projet Chevandier est enfin à la veille d'être discuté. Il fait ressortir la déception des médecins, qui avaient espéré trouver dans la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professsionnels, le moyen de faire triompher quelques-unes de leurs revendications, et rappeler la fâcheuse interprétation de la Cour de Cassation.

Il continue en ces termes :

Un député de la Seine-Inférieure, l'honorable M. Lyonnais, va déposer un projet d'article additionnel à cette loi. Il a pour but de supprimer toute équivoque et de réclamer, pour les membres des carrières libérales, les bénéfices d'une législation que, par un véritable anachronisme qui neseconçoit guère à notre époque, les magistrats de la Cour suprême ont voulu réserver aux seuls ouvriers des professions manuelles.

Qu'il nous soit permis d'espérer, Messieurs, que votre libéralisme ne le cèdera pas à celui de votre collègue de la Seine-Inférieure et que vous voudrez bien examiner, avec une bienveillante sollicitude, un projet à la réalisation duquel nous attachons une si grande importance....................................

Nous voulons compter sur l'esprit et la justice de la Chambre actuelle pour réparer un oubli — bien involontaire sans doute — et faire disparaître des lacunes que ses devancières n'ont pas pu combler.

Je n'ignore pas, Messieurs, que toutes les améliorations sont, à proprement parler, l'œuvre du temps et que, pour accomplir des réformes utiles, il faut réaliser certaines conditions d'existence et de durée. Celles que nous sollicitons ne font point exception à la règle générale, et ces considérations vont me permettre de proposer un toast auquel tous mes confrères, j'en suis certain, voudront bien s'associer.

Messieurs, j'ai l'honneur de boire à nos représentants ; à nos sénateurs, à nos députés *et à la durée de leur mandat* ! (*Applaudissements*).

M. Hameau, Président de l'Association des Médecins de la Gironde, s'est ensuite exprimé en ces termes :

Je remercie les membres du Syndicat de m'avoir fourni l'occasion d'exprimer devant eux et devant les sénateurs et députés du département, la communauté de pensée qui unit tous les membres du Corps médical autour du projet Chevandier, en faveur d'une réforme de la législation sur l'exercice de la médecine, et aussi de la juste réclamation des médecins au sujet de la loi sur les Syndicats. L'Association ne peut se montrer que très sympathique à la cause des Syndicats, car elle ne touche pas seulement à un intérêt vital pour les Syndicats médicaux qui ont déjà rendu de si grands services à nos confrères des campagnes, elle touche à un intérêt social et même à une question de principe. Est-il admissible, en effet, qu'une loi libérale, permettant aux membres d'une même profession de s'associer en certaines formes légales pour la défense de leurs intérêts professionnels, ne soit pas applicables aux professions libérales ?

Pourquoi ? Sous quel prétexte un tel ostracisme? Est-ce parce que les médecins *jouissent* déjà d'un certain nombre de mesures législatives restrictives, en *leur faveur*, des droits communs à tous les autres citoyens ?.. Cette loi des Syndicats ne serait donc qu'une loi de privilège au profit de quelques professions ! Cela ne peut être qu'une lacune de rédaction, et nous avons la certitude qu'il suffira d'appeler l'attention des législateurs sur cette injustice pour qu'elle soit réparée.

M. *Hameau* associe, dans un toast chaleureux, les noms de MM. *Caussade*, *Margueritte* et *Cézilly*, à celui de M. Dulaurier. (*Applaudissements.*)

M. Obissier-Saint-Martin, député, s'est ensuite levé et après avoir remercié, en son nom et au nom de ses collègues, les membres de *l'Union des Syndicats* de la Gironde de l'accueil fait à ses invités, il ajoute :

« Il ne m'en coûte nullement de prendre des engagements vis-à-vis de vous, Messieurs. Je n'ai qu'à renouveler ceux que j'ai déjà contractés le jour où, pour la première fois, j'ai posé ma candidature à la députation. A mon arrivée, je fus accueilli par les membres du Syndicat de Coutras, alors réunis en séance. Certes, je n'avais pas besoin des marques de sympathie que je rencontrai au milieu d'eux pour me déterminer à m'intéresser aux questions qui vous préoccupent; mais je promis, dès lors, d'appuyer dans la mesure de mes forces, vos revendications légitimes. Cette promesse, je la renouvelle aujourd'hui avec plaisir et, j'en suis certain, vous pouvez compter sur le dévouement de mes collègues, comme vous pouvez être sûrs du mien. » (*Applaudissements*).

M. *Brugère*, député de la Dordogne, a parlé dans dans le même sens, et il affirme qu'en votant la loi sur les Syndicats professionnels, *il n'avait pas pensé qu'on peut contester aux carrières libérales le droit d'en bénéficier*. (*Marques d'assentiment*).

M. *Caussade* remercie ensuite les orateurs des bonnes dispositions qu'ils ont montrées pour notre cause.

Les groupes se sont formés nombreux et animés autour de chacun de nos représentants.

Chacun s'est retiré emportant de cette excellente soirée un souvenir qui ne s'effacera pas de longtemps.

Comme le journal de Bordeaux, le Concours médical *espère que les Associations médicales des autres départements tiendront à honneur de suivre l'exemple que viennent de donner nos aînés de la Gironde.*

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

CAISSE DE PRÉVOYANCE

des assurés sur la vie,

membres du CONCOURS MÉDICAL.

Nous avons informé, en temps opportun, les *membres du Concours*, que le traité conclu avec la Cie *la New-York* a expiré en septembre 1885.

Ce traité ne devant pas être renouvelé, le *Conseil de direction* a fait des démarches auprès de la Cie *Le Phénix-Vie, 33, rue Lafayette*, dans le but d'assurer à la *Caisse de prévoyance* les mêmes versements que lui faisait la Cie la New-York, toutes les fois qu'un membre du *Concours médical* contracte une assurance sur la vie.

Ces démarches ont réussi et, désormais, lorsqu'un membre de notre *Société* contractera une assurance à la Cie le PHÉNIX-VIE, cette Compagnie versera à la *Caisse de prévoyance* un tant pour cent sur la prime de première année. Ce versement procurera à l'assuré les bénéfices du fonctionnement de la *Caisse de prévoyance* prévus par les statuts de cette Caisse.

NOTA. — Il est bien entendu que le traité conclu avec la Cie *le Phénix* [n'atténue] en aucune façon la valeur de Cie la New-York, et la sécurité qu'elle peut inspirer à ceux qui, *comme nous*, ont contracté précédemment avec elle. A. C.

LA SEMAINE MÉDICALE.

Sans être taxé de Cassandre, on peut exprimer, au sujet de l'avenir médical de notre pays, certaines craintes, que légitiment divers symptômes inquiétants dont nous dirons discrètement quelques mots.

Il y a peu de temps, nous entendions un professeur agrégé de la Faculté, médecin très distingué des hôpitaux, qui sera quelque jour professeur, nous l'espérons bien, se plaindre de l'abaissement du niveau des études. Ce professeur agrégé, après avoir joui plusieurs années de l'honorariat, a *été*, l'année dernière rappelé à exercice, suivant le terme consacré, c'est-à-dire qu'on lui a offert de nouveau la corvée des examens. Or, il a constaté avec chagrin que les étudiants répondaient beaucoup moins bien aux questions posées sur la pathologie et la thérapeutique que ne le faisaient leurs prédécesseurs il y a quelques années. *Nous insistons* sur ce fait qu'ils répondent moins bien en pathologie et en thérapeutique, comme aussi en séméiologie et en clinique; car il est juste de dire que, en anatomie, en physiologie et en sciences dites accessoires, les candidats d'aujourd'hui paraissent supérieurs à leurs aînés. Mais, en définitive, si indispensables que soient l'anatomie et la physiologie, pour comprendre la médecine, si utiles que soient l'histoire naturelle et la chimie, quiconque ne connaît que ces diverses sciences est incapable de soigner un malade, et c'est bien pourtant à soigner des malades qu'aspirent les candidats au doctorat.

Pour résumer d'un mot la situation actuelle, il semble que les réformes, apportées depuis quelques années dans la direction des études médicales, n'aient pas produit tous les bons résultats qu'on s'en était promis en haut lieu. On a réussi, à coup sûr, à mieux préparer les jeunes gens à étudier la

médecine, et c'est sans doute un résultat avantageux, mais pour ce qui est de la médecine elle-même, beaucoup d'étudiants arrivent au doctorat sans l'avoir apprise.

Ils l'apprendraient sans doute, s'ils pouvaient prolonger de quelques années la durée de leurs études, mais après tout, le terme réglementaire est de cinq années, et il ne s'agit pas de savoir si en dix ans on peut apprendre le métier de médecin, puisque les règlements supposent que cinq ans suffisent, et que les pères de famille dont les fils ont désiré se faire médecins, doivent croire suffisants les sacrifices pécuniaires nécessités par les cinq années susdites. A coup sûr le domaine médical s'est tellement agrandi, qu'en bonne conscience il faut sept ou huit années, bien employées, pour faire un médecin instruit; c'est le temps que durent en général les études des internes des hôpitaux, et c'est pour cette raison surtout qu'ils offrent en général au public des garanties solides d'instruction théorique et pratique.

Il serait peut-être avantageux pour tout le monde, le public, les médecins et les pères de famille, que l'Etat proclamât la nécessité d'un temps plus long pour faire des études médicales. Le recrutement des étudiants en médecine se trouverait peut-être un peu entravé, parce que moins de pères de famille consentiraient à laisser leurs fils entreprendre des études qui devraient durer sept à huit ans officiellement. Mais pensez-vous que ce serait un mal, s'il y avait moins d'étudiants en médecine, et par suite, moins de médecins?... Pourtant, délaissons ce point, quitte à y revenir un autre jour.

Ne parlons pas de ce qui pourrait être, parlons de ce qui est. La question actuelle se pose ainsi: Etant donné qu'on veut être médecin après cinq ans de travail, comment faut-il employer ce temps? Est-ce en étudiant l'anatomie, la physiologie et les sciences naturelles pendant plus de deux ans, et la médecine proprement dite pendant trois ans seulement? C'est là ce qu'ont paru croire les auteurs des réformes accomplies depuis quelques années. Suffit-il à un jeune homme, même antérieurement préparé à cette difficile tâche par la dissection attentive de nombreuses grenouilles, ou par la pratique de quelques manipulations chimiques, de passer pendant trois ans, je ne dirai pas toutes les matinées, car il faut défalquer au moins un mois de vacances par an, dans les salles d'hôpital?........

Je dis passer leur matinées dans les salles, et non pas examiner des malades; car j'en appelle à ceux qui connaissent les hôpitaux, combien y a-t-il de stagiaires qui examinent les malades, et c'est aux stagiaires seulement, c'est-à-dire au plus grand nombre des étudiants que je fais allusion. Les externes forment déjà une élite, et les règlements de la Faculté ne la connaissent pas. Nous parlerons plus tard des externes, leur cas est aussi fort intéressant. Pour ne traiter ici que la question des stagiaires, comment pourraient-ils, même avec plus d'ardeur au travail qu'ils n'en ont, en général, examiner fructueusement des malades, si on ne leur montre pas à le faire? Cela n'est certes pas si facile d'apprendre à questionner un malade, si on ne commence pas à le faire avec un guide patient et indulgent. Or, le plus grand nombre des stagiaires est aggloméré dans les quelques services de clinique de la Faculté, où ils suivent la visite en se marchant réciproquement sur les pieds sans rien voir ni rien entendre, alors que beaucoup de services des hôpitaux n'en possèdent pas un seul. Donc, de ce côté, tout n'est pas pour le mieux dans la meilleure des Facultés de médecine françaises; et, si de telles conversations n'ennuient pas trop nos lecteurs, nous proposerons modestement quelques petites réformes.

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

Séance de novembre 1885.

(Suite)

.., Qu'entendez-vous par secret médical, demande Kœnig, visiblement agacé par ce mot?

— Dans tout ce que nous sommes à même d'observer chez nos malades, répond le grave Séverin, il y a des choses que la délicatesse, la convenance, la probité nous font un devoir de ne pas divulguer, sans des raisons tres graves. Ces choses-là sont pour nous...

— Ta! ta! ta! interrompit le pétulant Kœnig, nous voici maintenant doublement perplexes! Comment reconnaître les choses dont il nous est defendu de parler? Et comment juger des raisons très graves qui peuvent nous délier la langue?

C'est là le *hic* en effet, s'écrie en chœur l'auditoire mal éclairé.

— J'ai trouvé, dit Justus, dans les papiers du vieux major, une causerie humoristique sur ce sujet. Voulez-vous que je vous la lise?

— Elle sera écoutée avec recueillement.

DISCRÉTION MÉDICALE.

« Toutes les maladies dont on a honte, toutes les infirmités qu'on dissimule, toutes les tares physiologiques ou morbides qu'on tient cachées, sont nécessairement pour le médecin à qui on les avoue, des affaires d'une nature confidentielle, c'est-à-dire constituant un secret d'état ou de profession.

« Mais jusqu'à quel point le secret de profession est-il obligatoire? Car enfin toute maladie peut être matière à secret.

« A cet égard les avis diffèrent. Les uns, ceux qui se piquent d'être logiciens, comme le Dr Marchedroit, n'entendent pas qu'on mette ce point en discussion. Pour eux, le secret médical est absolu et général; c'est quelque chose de sacré. On ne doit jamais révéler ce qu'on

Pour aujourd'hui nous n'avons en vue qu'une chose, l'insuffisance des trois années consacrées officiellement à l'étude clinique, qui se traduit par un abaissement dans le niveau des connaissances pratiques constatées par l'interrogatoire des candidats au doctorat.

Un autre symptôme inquiétant pour l'avenir de nos jeunes étudiants, c'est leur goût croissant pour le tumulte fait sans cause, en toute occasion, et comme par amour de l'art. De tout temps les étudiants ont fait des manifestations bruyantes à la Faculté ou dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, mais ils savaient au moins pourquoi. Ils voulaient témoigner leur improbation contre une mesure prise par le Doyen ou l'administration, ou leur antipathie contre quelqu'un, professeur, chef de service, ou directeur général. Maintenant c'est une autre guitare : une fois réunis, ils se mettent à pousser des cris, puis à casser ce qui leur tombe sous la main sans savoir pourquoi. La semaine dernière, à la séance solennelle de distribution des prix des internes et externes, séance dans laquelle sont proclamés aussi les noms des internes et externes nouvellement nommés, il est impossible de savoir pourquoi un grand nombre de jeunes gens présents se sont mis à faire un tel tumulte que le directeur général et les membres du jury ont à peine pu prononcer le discours d'usage, que le secrétaire général n'a pu lire la liste des nouveaux élus et qu'il a fallu lever la séance sans distribuer les récompenses aux lauréats et en abandonnant la salle des séances aux ébats de cette bruyante et brillante jeunesse, celle-ci n'ayant d'ailleurs aucun grief à faire valoir contre le Bureau qu'elle mettait dans l'impossibilité de siéger.

Il n'y a pas bien longtemps qu'à l'ouverture du cours de M. Mathias Duval, l'amphithéâtre de la Faculté a été quelque peu tumultueux, sans qu'il y eût d'ailleurs aucune animosité contre le nouveau professeur, dont le talent et le caractère sont également sympathiques. Mais non, c'est une manie singulière qui sévit à l'état épidémique sur une partie de notre jeunesse médicale, sans distinction d'ailleurs d'opinions politiques, il faut s'empresser de le reconnaître ; c'est la manie du *boucan* pour le boucan, comme il y a l'art pour l'art.

S'ils voulaient nous en croire, nos cadets ne donneraient carrière à leur goût pour les manifestations bruyantes, que dans certains lieux et certaines circonstances consacrés aux plaisirs, Bullier, par exemple, et le bal de l'Internat, ou alors dans les cas où ils pourraient avoir de légitimes revendications à faire valoir. Ils auront, s'ils continuent, tant et si souvent fait du boucan sans cause, que, quand ils voudront en faire pour un motif valable, — cela peut arriver, — les gens sérieux hausseront les épaules et croiront encore à quelques gamineries nouvelles.

La fraude audacieuse, signalée par M. *Dujardin-Beaumetz*, au sujet de l'**hopéine**, qui ne serait que de la morphine aromatisée ou en tout cas contient de la morphine, n'a pas été désavouée jusqu'ici par les fabricants anglais. Mais, au point de vue des expériences physiologiques qui ont été faites en France, et notamment à l'hôpital Bichat, dans le laboratoire de recherches thérapeutiques de M. le Dr *H. Huchard*, par M. le Dr Eloy, son chef des travaux physiologiques, il convient d'établir des distinctions entre les divers produits connus sous le nom d'hopéine. M. *Eloy* affirme, et sa compétence comme expérimentateur ne permet pas de douter qu'il n'ait raison, que l'hopéine qu'il a employée pour ses expériences, ne contient pas de morphine. D'autre part, il est non moins certain que les échantillons que M. Beaumetz a reçus tout cachetés d'Angle-

---

a vu, entendu ou remarqué dans une maison où l'on est appelé comme médecin.

« Mais, direz-vous, si l'honneur d'une famille, si le salut d'un homme, si la santé d'une race sont en jeu? — Il n'y a pas de santé ni de salut qui tienne, répond Marchedroit. Périsse une race plutôt qu'un principe. Aucune subtilité de compromission ne peut légitimer la révélation d'un secret.

« Le moyen de s'entendre avec des esprits aussi inflexibles ! Et, ce qui est fâcheux, c'est qu'une argumentation rigoureuse semble leur donner raison.

« Les autres, les illogiques comme moi, conviennent bien, qu'en principe, on ne doit pas révéler ce qu'on apprend chez des malades dont on a la confiance ; mais, en fait, ils reconnaissent qu'on ne peut pas, qu'on ne doit même pas toujours se taire. Et le sentiment universel on le sens commun se prononce en leur faveur.

« Si cette obligation au secret était aussi absolue que le prétend Marchedroit, un médecin ne pourrait pas ouvrir la bouche.

« Ecoutez Marchedroit lui-même causant avec son ami Ravot : *Vous venez de chez Colbus, docteur? Est-ce qu'il est malade? Qu'a-t-il donc attrapé? — Un mal de gorge de nature assez inquiétante*, etc.

« Ah! confrère, vous divulguez là ce que vous avez remarqué chez Colbus?

— Bon, repondra Marchedroit, ceci ne tire pas à conséquence. Il importe assez peu à Colbus qu'on sache ou non qu'il a pris mal à la gorge. Au surplus il le dira lui-même tout à l'heure à qui voudra l'entendre...

« Voici un autre dialogue tenu par les mêmes : *Tiens ! Tiens ! le voisin Colbus s'est laissé mourir! Et de quoi est-il mort? le sait-on? — Colbus buvait trop. — Bah! Est-ce qu'on meurt de trop boire? — A trop boire, on attrape une hépatite graisseuse, et Colbus est mort de cela...*

« Cette fois, confrère, je vous y prends. Vous venez de révéler la cause d'un décès indiscrètement, et vous la révélez même à qui n'a pas un intérêt général à la savoir...

« En réalité, le Dr Marchedroit vient de faire ce que nous faisons tous journellement, déclarer sans ambages à son ami Ravot les erreurs d'hygiène commises par le défunt, et la raison pathologique de son trépas. Il ne pou-

terre en contenaient. Quelle est l'explication de cette divergence? Voici celle qui paraît la plus vraisemblable. On vend dans le commerce, sous le nom d'hopéine, deux substances. La pseudo-hopéine, blanche et cristallisée, vendue par les négociants anglais comme fabriquée avec des houblons d'Amérique, ne serait que de la morphine; mais on vend aussi une poudre amorphe et d'une teinte plus ou moins rose ou brune, qui serait bien vraiment un extrait du houblon fabriqué par les commerçants français, une sorte de résine méritant plutôt le nom d'hopéine, douée de certaines propriétés narcotiques, quoique beaucoup moins accentuées que celles de la morphine. Ce serait probablement ce produit qui aurait servi aux expérimentateurs français, dont les travaux échappent par conséquent à la cause d'erreur que nous redoutions pour eux.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement de l'hématocèle rétro-utérine.

Dans notre dernière revue sur ce sujet, nous avons exposé les divers modes de traitement adoptés aujourd'hui, et nous avons en particulier parlé de la laparotomie. M. le Dr Pozzi, dans une récente séance de la Société de Chirurgie, a présenté une malade qu'il a traitée avec succès par une autre méthode. Cette femme, dont nous ne pouvons rapporter ici toute l'histoire, s'était présentée à son observation avec une volumineuse tumeur occupant la légion hypogastrique, remontant au moins jusqu'à l'ombilic et proéminant très notlabement du côté de la fosse iliaque gauche. L'incision vaginale, aussi large que possible, ne présentant point de sécurités suffisantes pour l'évacuation complète de la poche, et surtout, ne permettant point une antisepsie rigoureuse de la vaste cavité qui devrait ensuite se cicatriser, M. Pozzi a cherché une autre voie, et est arrivé à évacuer l'épanchement en se tenant en dehors du péritoine. Pour cela, il a pratiqué une incision au-dessus de l'arcade crurale gauche, lui permettant de décoller le péritoine de la fosse iliaque correspondante; il a pu ainsi aborder la poche par sa partie postérieure et il en a extrait environ un kilogramme de sang avec des caillots volumineux. Après quoi il a établi un tube à drainage faisant communiquer la cavité hématique avec le vagin, et un autre dans la plaie extérieure, afin de pouvoir faire de larges lavages et amener la guérison de la vaste cavité. Aucun accident n'a entravé le succès (1). — Pour que ce procédé soit efficace il nous semble qu'il faut que l'épanchement sanguin soit déjà enkysté; s'il ne l'était pas, on serait obligé, après avoir décollé le péritoine de la fosse iliaque, de pénétrer quand même dans la cavité séreuse qui limite l'épanchement, comme on le sait, sauf dans les cas très rares d'hématocèle sous-péritonéale.

De l'extension continue dans le traitement des tumeurs blanches et de la coxalgie en particulier (2).

M. le Professeur Lannelongue a récemment attiré l'attention sur une méthode thérapeutique

(1) Société de Chirurgie, 13 janvier. (2) *Eodemloco.*

vait guère s'en dispenser. Cette révélation ne diffamait pas le voisin Colbus, dont tout le monde connaissait les habitudes d'intempérance; et si le Dr Marchedroit n'avait rien voulu dire, Ravot en aurait conclu naturellement qu'on n'avait pas connu la maladie à laquelle Colbus avait succombé, ou qu'il y avait dans cette mort quelque chose de honteux ou de criminel, puisqu'on cherchait à faire le silence là-dessus.

« Il faut bien le dire, une certaine indiscrétion est dans nos habitudes en province. A la lettre, c'est donc moral (1) et accepté par l'opinion publique. La santé et la maladie font le thème obligé de la plupart des conversations. On ne s'aborde pas en rue sans se demander: Comment va-t-on chez vous? Pour qui sonnait-on ce matin? De quoi est-il mort, etc?... La curiosité est plus vive pour la médecine que pour quoi que ce soit. Si quelque notable du pays est gravement malade, on s'inquiète de son état, on harcelle les gens pour savoir ce qu'il a, comment il a pris mal, ce qu'on emploie pour le guérir. Cette curiosité est assez naturelle, puisqu'elle importe à chacun pour sa gouverne ou pour celle des siens, sans compter l'intérêt qu'on porte au sujet dont il est question.

« Une certaine indiscrétion n'est pas licite qu'en paroles seulemnet. Ne délivrons-nous pas sans scrupules, en faveur de nos clients, des certificats relatant chez eux des affections incurables ou des maladies de nature à entacher la réputation d'une famille, comme la folie la phthisie, la scrofule, la syphilis même, soit pour faire exonérer un malade d'un service auquel il serait tenu, soit pour le faire hospitaliser et secourir? Et je ne sache pas que jamais juge ait eu l'idée même de poursuivre les auteurs de ces certificats, sous prétexte que le secret médical était violé et la sécurité des rapports sociaux compromise par de telles révélations.

« Que devient dans ce cas-là l'obligation légale au secret?

« Il serait ridicule ou hypocrite de se montrer si intraitable sur l'observation d'une règle morale que nous enfreignons tous les jours aussi allégrement.

« J'entends bien qu'un médecin n'ira pas de gaieté de cœur crier par-dessus les toits ce qui serait de nature

(1) Moral, de *mos*, habitude.

très peu employée, mais qui mérite d'être sérieusement examinée, et qui n'a pas dit son dernier mot.

L'extension continue dans les maladies articulaires a été proposée pour la première fois par le Dr Lesauvage, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Caen, en 1839. Combattue par un grand nombre de praticiens, la méthode n'a été remise en honneur que par les chirurgiens américains. Elle est basée sur ce principe, que la douleur dans les arthrites tuberculeuses est due à la compression réciproque des surfaces articulaires malades; cette pression, d'ailleurs, ne fait qu'aggraver les lésions osseuses et cartilagineuses, il est donc utile de chercher à la diminuer.

Mais beaucoup de chirurgiens ont admis qu'il était impossible, à moins d'exercer des tractions très énergiques, et alors dangereuses, d'écarter l'une de l'antre les surfaces de l'articulation coxo-fémorale.

La fameuse expérience des frères Weber, sur les effets de la pression atmosphérique, semble, en effet, appuyer cette manière de voir. Mais, comme le fait judicieusement observer M. Lannelongue, il ne faut par arguer de l'état sain pour prévoir ce qni peut se passer quand la résistance de la capsule est diminuée par la transformation fongueuse en voie d'évolution. C'est, d'ailleurs, ce que l'expérience lui a prouvé. Un enfant de 4 à 5 ans, entré à l'hôpital Trousseau pour une coxalgie avait été soumis à la traction continue d'un poids de 2 kilogr., puis de 3 kilogr., du 2 octobre 1885 au 7 décembre dernier. Le croup l'emporta le 10 décembre. On fit alors l'expérience suivante : le bassin étant solidement fixé sur une tablette, on appliqua à la cuisse et à la jambe, du côté malade, un lacs extenseur tendu par un poids de 4 kilogr. Après une traction de sept à huit heures environ, on congela les parties sans cesser la traction, et quand le froid les eut rendues dures comme du bois, on pratiqua une conpe avec la scie conduite suivant l'axe du col du fémur. On put observer que la tête du fémur descendue notablement, était séparée de la partie supérienre du cotyle par un intervalle d'un demi-centimètre au moins; au centre de la jointure, l'écart des os était de 2 à 3 millimètres en bas seulement, il y avait encore contact entre les parties osseuses. L'intervalle entre les deux surfaces était comblé par des fongosités provenant de la capsule articulaire. Il est donc démontré que l'extension continue, appliquée à la hanche atteinte d'arthrite tuberculeuse, produit un écartement notable des surfaces articulaires. Il reste maintenant à étudier les effets thérapeutiques définitifs que peut donner cette méthode.

Lipômes du mésentère (1).

Ces tumeurs, heureusement assez rares, sont d'un diagnostic très difficile, aussi il est utile de se rappeler quelques signes qui permettent de les reconnaître et de les distinguer d'antres affections de l'abdomen.

A la séance de l'Académie du 6 octobre de l'année dernière, M. le Dr Terrillon présenta un énorme lipôme pesant *57 livres*, qu'il avait en-

(1) Soc. de Chirurgie. 13 janvier 1886.

à déshonorer ses clients. Non; je veux dire seulement que pour les faits ordinaires de sa pratique, il n'est pas tenu à un mutisme absolu, et que, pour le surplus, dans certains cas particuliers, il a pour devoir de parler.

« Par exemple, vous seriez odieusement coupable de dire à qui vous interroge que vous traitez ou que vous avez traité Colbus pour des attaques d'épilepsie. Mais supposons que votre ami vienne confidentiellement vous trouver pour savoir au juste si Colbus qui veut épouser sa fille, n'est pas réellement sujet à des attaques de haut mal, que lui répondrez-vous? — Je ne dois rien dire. — Mais c'est votre frère qui vous demande conseil?— A mon frère même je ne dois rien dire. — Et à votre fille qui est éprise, ne direz-vous rien non plus? — Lui laisserez-vous épouser Colbus sans lui faire savoir qu'il est épileptique?

« Avouez que cette conception rigoureuse du secret professionnel est une absurdité. Pour moi, à tout honnête père de famille qui viendra discrètement me consulter, dans une aussi grave circonstance, je répondra en conscience : Ne lui donnez pas votre fille ! — Mais il pourra vous en arriver malheur? — Ceci, c'est une autre question...

« Et si votre épileptique est mort subitement dans les convulsions, et que vous entendiez des collatéraux mécontents et vindicatifs imputer cette mort à une parente qui le soignait, les laisserez-vous la diffamer, l'incriminer, la livrer peut-être à la justice comme empoisonneuse, en vous renfermant dans vos scrupules de médecin confesseur? Moi, je révèlerai crânement ce que je sais, au risque d'entacher la mémoire de mon client défunt.

« Ne rien dire et laisser faire? Mais ce serait m'associer à une infamie; me faire complice d'une machination criminelle, et assumer même bêtement la plus grosse part du méfait et la moins excusable! Ce serait enfin me préparer des remords pour toute la vie !

(à suivre) Dr PERRON.

levé sur un homme de 36 ans. Cette vaste tumeur, développée dans le mésentère, au milieu de la cavité abdominale, présentait à l'examen une consistance molle, paraissait fluctuante; la ponction n'avait donné issue à aucun liquide, et M. Terrillon, se basant sur ces caractères, sur la fixité de la tumeur au milieu du ventre, sa marche assez lente, avait diagnostiqué: une tumeur non maligne de l'abdomen, probablement un myxôme. L'opération fut laborieuse, et l'intestin fut même blessé dans les manœuvres faites pour décoller la tumeur.

Celle-ci était constituée par un tissu lipomateux contenant des parties totalement myxomateuses. Somme toutes, c'était un lipôme myxomateux en voie d'accroissement rapide. Après avoir bien été pendant une quinzaine de jours, le malade fut pris d'une diarrhée incoercible avec affaiblissement progressif, et il mourut au trente-et-unième jour après l'opération. L'autopsie montra une péritonite chronique adhésive, non purulente, non généralisée, il y avait en outre des lésions d'entérite très intense. Cette histoire abrégée résume très nettement les grands caractères de ces tumeurs. Presque toujours elles se montrent chez des femmes, et on les confond bien souvent avec des kystes ovariens. Elles naissent dans le tissu cellulo-adipeux prévertébral qui remplit la base de l'insertion mésentérique, et se développent alors d'arrière en avant, en déplissant les deux feuillets du repli mésentérique.

Souvent alors s'établissent des adhérences avec l'intestin grêle, quelquefois avec le colon, quand la tumeur a fusé sous le péritoine qui tapisse le flanc. Dans son développement elle comprime les vaisseaux de l'intestin, provoque aussi des troubles de nutrition, d'où l'amaigrissement habituel des malades et même un état cachectique qui les mène au tombeau au bout de deux ou trois ans.

La fausse fluctuation, la situation et la forme de ces tumeurs ont causé presque toujoure des erreurs de diagnostic reconnues seulement au moment de l'ouverture du ventre ou à l'autopsie.

L'extirpation de ces lipomes est toujours très laborieuse; en lesdécortiquant de leur coque mésentérique on blesse un grand nombre de vaisseaux destinés à l'intestin; on laisse une vaste et anfractueuse cavité limitée par des lambeaux de mésentère, qu'on est souvent obligé de réséquer en partie. Aussi les opérés ont tous succombé, sauf un seul, sur huit opérations connues.

Ils meurent, ou bien par le *schok* opératoire, dû sans doute à la lésion des plexus sympathiques qui rampent dans le mésentère; ou bien ils succombent à la péritonite. Quant à ceux qui évitent ces premiers accidents, ils meurent plus tard, emportés par des phénomènes colliquatifs provoqués, sans aucun doute, par les lésions étendues de l'appareil vasculaire de l'intestin.

Diagnostic du sarcôme et du carcinôme du sein (1).

Quand nous avons exposé, il y a deux ans l'histoire clinique et thérapeutique des tumeurs de la mamelle, nous avons montré qu'il existait des caractères différentiels importants entre le sarcôme et le cancer. Récemment, M. le Dr Tillaux a magistralement exposé la même doctrine que nous croyons utile de présenter ici, sous une forme synthétique, qui rappellera en même temps quel ordre il est toujours bon d'adopter quand on examine ces sortes de tumeurs. La malade qui faisait l'objet de l'étude était une femme de 56 ans, portant une tumeur du volume d'une tête d'enfant, irrégulière, bosselée, présentant des parties molles et des parties dures, mobile sur le grand pectoral, sans retentissement ganglionnaire. Le diagnostic différentiel porte sur onze points principaux.

1° *Mode de développement.* — *Sarcôme.* Marche lente au début, souvent stationnaire quelque temps, puis s'accroît très vite à partir d'un moment donné.

Cancer. — Marche plus rapide, sauf chez les femmes très âgées (squirrhe).

2° *Aspect extérieur.* — *Sarcôme* volumineux, quelquefois 12 à 15 livres, inégal, bosselé, par gros lobes du volume d'un œuf de poule; semble se pédiculer.

Cancer. — Toujours moins volumineux, plaqué sur la poitrine, semé de petites inégalités à sa surface (peau d'orange).

3° *Etat de la peau.* — *Sarcôme.* Adhérence tardive, se faisant par accolement et amincissement de la peau comme un abcès froid; grosses veines à sa surface, peau brillante et violacée.

C. — Adhérence très rapide par sa face profonde, au moyen de tractus qui vont de la tumeur au derme, de là la peau d'orange quand on essaie de plisser le tégument; pas de gros vaisseaux à la surface, mais souvent trainées blanches, lactescentes (varices lymphatiques de L. Labbé).

4° *Etat du mamelon.* — *Sarcôme* étalé, mais peut se reformer en ramenant les téguments à l'aide des doigts.

C. — Retracté de très bonne heure; absorbé pour ainsi dire, il est impossible de le faire saillir à l'extérieur.

5° *Ulcération.* — *Sarcôme.* Se fait par disten-

(1) Tillaux. — Clinique. *in* [*Semaine médicale* 1886, n° 4. p. 30.

sion de la peau; les bords de l'ulcère sont minces, mous et décollés, une masse bourgeonnante, molle, grisâtre, forme son centre, et peut même se pédiculer et tomber toute seule.

C. — Se fait par absorption; les bords sont durs, continus avec la surface ulcérée, l'ulcère est déprimé.

6° *Consistance.* — *Sarcôme.* Peu ferme en général, surtout très irrégulière, mélange de parties de consistance diverse, les unes dures, les autres molles, quelques-unes fluctuantes; les kystes sont très fréquents à l'intérieur surtout dans la période de croissance rapide.

C. — Dur, ferme, uniforme.

7° *Connexions avec la glande.* — *Sarcôme.* Encapsulé et mobile au début, sa mobilité forme même une sorte de bourse séreuse d'où on peut énucléer la tumeur — la glande est aplatie, atrophiée, rejetée sur un côté.

C. — Confondu avec la glande dès le début, peu à peu celle-ci est complètement détruite, absorbée pour ainsi dire par la masse morbide.

8. *Connexions avec les parties profondes.* — *Sarcôme* absolument indépendant des parties profondes jusqu'à une période très avancée.

C — Adhère très vite à l'aponévrose du grand pectoral.

9. *Retentissement ganglionnaire.* — *Sarcôme.* N'atteint presque jamais le système lymphatique, sauf dans les périodes de la plus extrême cachexie.

C. — Envahit les vaisseaux et les ganglions dès le début.

10. *Etat général.* — *Sarcôme* : très bon, même après plusieurs récidives locales.

C. — Constitution altérée de très bonne heure, amaigrissement, tendance à une cachexie rapide.

11. *Signes fonctionnels.* — *Sarcôme* indolent, au moins pendant très longtemps.

C. — Douloureux dès le début.

Ces différents caractères qui ressortent si bien par leur opposition indiquent nettement au chirurgien la conduite qu'il doit tenir dans chacune des formes de néoplasme, envisagée pendant les premières périodes, c'est-à-dire tant qu'elles sont opérables.

Dans le *sarcôme*, sans qu'il soit nécessaire, quand la tumeur n'est point très volumineuse, de sacrifier toute la glande, on doit dépasser largement les limites du néoplasme, afin d'enlever la zône d'enveloppement extérieure qui peut donner lieu à des récidives, si on ne l'extirpe pas. Comme la peau est un peu altérée, on peut faire ses incisions de façon à se tailler des lambeaux qui pourront être rapprochés et unis par la suture. On n'aura point besoin de faire le curage de l'aisselle.

Dans le *cancer*, au contraire, rappelons que toute la mamelle doit être enlevée, ainsi que l'aponévrose pectorale, et qu'en outre il faut faire le nettoyage aussi complet que possible de la cavité axillaire.

Appareil plâtré de Lucas-Championnière pour l'immobilisation du genou.

On a souvent besoin, dans la pratique de la chirurgie courante, d'immobiliser la région du genou, et on sait qu'il est facile d'arriver à ce résultat au moyen d'appareils variés. Mais il est des cas où il faut que le genou, bien qu'immobile exactement, soit accessible et visible, sur toutes ses faces; ce qui est beaucoup plus difficile à réaliser. Cette indication se rencontre dans les arthrites purulentes, les plaies articulaires, les plaies profondes du creux poplité, etc.; elle est aussi absolue après la résection du genou, opération qui, comme nous le montrerons dans la fin de notre travail sur les tuberculoses articulaires, tend à donner des résultats de plus en plus satisfaisants. Le Dr Lucas-Championnière a présenté récemment à la Société de Chirurgie un appareil plâtré très facile à construire et remplissant très bien les indications ci-dessus énoncées.

Cette gouttière se compose de deux parties; l'une jambière, se moule exactement sur la jambe; l'autre se moule sur la cuisse. Ces deux portions sont unies l'une à l'autre par deux arcs métalliques très solides placés du côté interne et du côté externe, et terminés par des palettes qui élargissent leur surface et qui sont encastrées dans les lames de l'appareil plâtré. Le genou reste alors complètement à nu, on peut appliquer à sa surface tous les pansements possibles et faire facilement à son intérieur des injections et des lavages. En ayant soin d'enduire le plâtre d'un mélange de vernis et de gomme-laque, on le rendra imperméable et aussi plus aseptique.

Dr BARETTE

TRAVAUX ORIGINAUX

Traitement de la cirrhose du foie par l'hippurate de chaux,

Par le Dr V. POULET,
de Plancher-les-Mines (Haute-Saône).

(*fin*)

Depuis deux ans la santé de M. X. était altérée; il avait des vomissements glaireux tous les matins, des alternatives de diarrhée et de constipation, et, par intervalles, se manifestaient des phénomènes d'embarras gastrique

qu'il avait l'habitude de combattre par les purgations à l'aide de l'huile de ricin. Tout-à-coup, le 29 octobre 1884, éclatèrent des accidents nouveaux plus alarmants que les précédents. Fatigué par des régurgitations et des renvois continuels, il commença à vomir tous ses aliments, presque immédiatement après les avoir ingérés. L'insomnie, un malaise indicible, sans trêve le jour et la nuit, changèrent son humeur et la rendirent acariâtre. Il y avait près de 8 jours qu'il était en proie à cet état pénible quand il se décida à nous faire appeler. Nous lui trouvons le teint subictérique, très accentué aux conjonctives. L'amaigrissement et la faiblesse musculaire ont fait de rapides progrès. L'estomac ne tolère pas la moindre quantité de bouillon; la constipation dure depuis le début de la crise. L'abdomen est météorisé; la pression de l'épigastre très douloureuse. Les dimensions du foie sont sensiblement *augmentées*. Ni ascite, ni œdème des extrémités inférieures. Pouls à 100 pulsations, assez plein. Urines rosaciques, prenant la teinte acajou, à un certain niveau, et donnant lieu à une effervescence marquée dans la partie inférieure à ce niveau par l'addition d'acide azotique.

Sans retard, nous mettons le malade à l'usage du sirop d'hippurate de chaux. Effet bien prompt et bien remarquable, témoignant combien ce précieux médicament est approprié au cas dont il s'agit! Dès la première cuillerée, les vomissements s'arrêtèrent; bientôt l'insomnie et le malaise général disparurent; les selles se rétablirent beaucoup plus sûrement que par l'action des purgatifs. En un mot le malade était comme régénéré, dans le laps d'un petit nombre de jours.

Une rechute eut lieu cette année sous l'influence de nouveaux écarts de régime. L'hippurate de chaux réussit encore à corriger les accidents aigus. Nous voudrions que le malade se soumît à une hygiène plus rationnelle et tout ensemble à un traitement longtemps continué. L'obtiendrons-nous? Nous en doutons fort, en tenant compte de l'indocilité dont il nous a donné la preuve.

Telles sont les observations que notre clientèle restreinte nous a permis de recueillir depuis deux ans, indépendamment de celles que nous avons publiées ailleurs. Elles nous paraissent suffisantes pour établir, sans conteste, la merveilleuse action de l'hippurate de chaux dans la cirrhose hypertrophique biliaire ou non. Aucun autre médicament ne peut soutenir le parallèle avec le nouvel agent que nous nous efforçons d'introduire dans la thérapeutique. En faisant connaître itérativement les résultats des plus encourageants que nous n'avons cessé d'obtenir, nous croyons rendre service tout ensemble aux malades, condamnés jusqu'ici à une mort plus ou moins lointaine, mais toujours inévitable, et à nos confrères dont la perplexité est grande en face d'une affection que les moyens dont ils disposent, parviennent à peine à soulager momentanément et dont ils avouent, leurs maîtres en tête, que le pronostic est inévitablement fatal.

Dans la cirrhose veineuse, atrophique ou non, les résultats ne sont point en général aussi brillants. Néanmoins ils ne laissent pas d'être bien supérieurs à ceux qui sont fournis par les médications les plus rationnelles usitées jusqu'à présent. C'est ainsi que l'hippurate de chaux corrige aisément certains phénomènes très incommodes et en combat victorieusement d'autres dont la persistance et l'aggravation menaceraient immédiatement l'existence. A cet égard, notre nouvel agent rend encore de réels services, que les deux faits suivants sont propres à mettre en lumière.

Obs. 5 — Cirrhose veineuse non atrophique. Ascite légère, puis un peu d'œdèm aux extrémités inférieures. Guérison au bout de deux mois par l'administration du sirop d'hippurate de chaux

M. Joseph X... âgé de 52 ans, cultivateur, d'un tempéramment lymphatique, est atteint depuis sa jeunesse, d'un certain degré de surdité, à la suite d'une otite moyenne double suppurée; pas d'antécédents alcooliques. Le 13 mars 1885, il vint nous consulter se plaignant de frissons erratiques, de fièvre, d'anorexie, d'insomnie nocturne, d'embarras gastrique et de diarrhée. Les phénomènes morbides s'accentuèrent les jours suivants et l'obligèrent à garder le lit. Vers les premiers jours d'avril, le météorisme était très prononcé; le foie conservait ses dimensions normales, l'épigastre était très sensible à la pression à gauche surtout. En même temps on constatait un commencement d'ascite. Les jours suivants il survint un peu d'œdème aux extrémités inférieures. Les urines renfermaient une quantité considérable de matières colorante, qui teignait fortement en rouge les vases où elles étaient contenue, Le chiffre de l'urée était abaissé à 8 grammes, par 24 heures; celui de l'acide urique augmenté jusqu'à près d'un gramme. Pas trace d'ictère. Pouls à 90.

Pour tout traitement, le malade fut mis à l'usage du sirop d'hippurate de chaux. Il en consomma deux litres au total. A peine en avait-il fait usage pendant une quinzaine de

jours, que nous eûmes la satisfaction de voir les symptômes s'amender peu à peu.

Les urines redevinrent claires et ambrées, en même temps qu'elles étaient plus abondantes ; le météorisme disparut, ainsi que l'épanchement intra-péritonéal et l'œdème des membres inférieurs. La cure exigea environ deux mois, après quoi le malade entra en franche convalescence. Cette guérison remarquable ne s'est pas démentie depuis cette époque.

Obs. 6. — Cirrhose veineuse. Ascite considérable, traitée avec succès par l'hippurate de chaux. Mort au bout de deux mois et demi par le progrès des lésions pulmonaires et des désordres gastro-intestinaux.

M. Jean-Baptiste X.., cultivateur, âgé de 55 ans, n'ayant pas d'habitudes alcooliques, souffrait, depuis quatre semaines, d'une douleur dans le flanc gauche, accompagnée d'embarras grastrique et de faiblesse générale, lorsqu'il s'alita et nous fit appeler, le 4 mars 1884. Il était facile de constater par la percussion, une ampliation très notable de la rate. Les jours suivants, il survint de la diarrhée, et vers le 20 mars, la douleur passa dans l'hypochondre droit. Le foie était alors en voie d'atrophie ; le ventre, encore souple, permettait un examen complet des viscères abdominaux ; la langue, très saburrale au début, était devenue à peu près nette. Les urines assez abondantes, sédimenteuses, de nuance très foncée, traitées par l'acide nitrique, dans un tube, laissaient dégager à la longue de nombreuses petites bulles gazeuses à la partie inférieure, et en même temps, la partie moyenne et supérieure prenait une teinte violacée. L'urée était diminuée ; l'acide urique augmenté. Toux. Expectoration muqueuse. Température, 38°,7. Pouls à 88.

Bientôt le ventre perdit sa souplesse et devint tendu ; les veines sus-ombilicales se dilatèrent et les signes de l'ascite se manifestèrent. On sait qu'il est de règle, dans la cirrhose, que l'hydropisie commence par le ventre. Il ne tarda pas à s'y joindre de l'œdème aux jambes, œdème considérable, surtout à la jambe gauche. On remarquait, dès lors, une altération profonde de la nutrition, marquée par l'amaigrissement et le teint cachectique.

Malgré le peu d'espoir que nous laissaient des symptômes si graves, nous mîmes le malade à l'usage du sirop d'hippurate de chaux, à la dose de trois cuillerées à bouche par jour, et de la tisane de chiendent nitré, sinon pour le guérir, du moins pour le soulager. Un litre de sirop fut consommé en trois semaines environ. Sous l'influence de ce moyen, les urines redevinrent ambrées et limpides, grâce à la réduction de la quantité d'acide urique au chiffre normal ; la quantité s'en éleva à un litre et demi par jour. La diarrhée ne se manifesta plus, l'appétit devint meilleur, et, résultat digne de toute l'attention du praticien, l'ascite qui n'avait fait qu'augmenter pendant les premiers jours du traitement et occasionnait une tension du ventre telle, que la palpation ne fournissait plus aucun renseignement sur l'état des viscères abdominaux, disparut entièrement en même temps que l'œdème des extrémités.

Mais la rémission dont jouissait le malade ne fut pas de longue durée. Vers le 15 avril, se manifesta l'éruption d'un groupe de pustules d'ecthyma sur l'hypogastre. Les deux poumons se prirent à la base, un peu différemment ; à gauche, on observait de la matité dans la hauteur du travers de la main, avec absence du murmure respiratoire ; à droite, c'étaient des râles sous-crépitants très abondants, s'étendant jusqu'à la fosse sous-épineuse. Bientôt il survint des vomissements bilieux porracés, jamais alimentaires, d'une grande fréquence, puis finalement incoercibles, et des frissons erratiques, suivis chaque fois d'un stade de chaleur et de sueur. Les urines ne tardèrent pas à redevenir troubles et même albumineuses. L'albumine précipitée avait l'aspect brunâtre. L'émaciation était extrême. Le malade succomba vers la fin d'avril, deux mois et demi environ après le début des premiers symptômes.

Si nous avons rapporté cette observation dont l'issue ne pouvait qu'être fatale, c'est pour montrer quels services l'*hippurate de* chaux peut rendre, même dans les cas incurables, quelle est sa puissance contre l'uratémie qui accompagne toujours la cirrhose veineuse, et quels effets favorables on est en droit d'en attendre quand on est aux prises avec l'ascite, qui ne manque pas de la compliquer d'assez bonne heure.

En résumé, l'hippurate de chaux serait, en quelque sorte, d'après nos observations déjà assez nombreuses, un véritable spécifique de la cirrhose hypertrophique, dans ses premières périodes, un agent palliatif, quelquefois même curatif des accidents de la cirrhose veineuse. Il agit notamment avec une merveilleuse rapidité dans les cas de dyspepsie alcoolique qui marque le début de la première. L'appétit renaît sous son influence, et nous avons toujours vu les vomissements glaireux ou même alimentaires de cette période, ainsi que la diarrhée, sûrement enrayés dès les premières doses du médicament. S'agissait-il de cas plus avancés, quand déjà le foie présentait une ampliation plus ou moins considérable de son

volume, et qu'il existait des crises d'hépatalgie, des phénomènes de rétention de la bile et divers autres symptômes dont nous ne connaissons que trop la gravité, eh bien ! la médication que nous préconisons était encore si bienfaisante, que la guérison a été complète et définitive, toutes les fois que le malade a eu le courage de renoncer à ses funestes habitudes. *Rara avis* ! en vérité. Nous avons vu l'ictère disparaître, s'il existait; les désordres gastro-intestinaux et l'inappétence absolue, faire place à l'exercice régulier des fonctions de la *digestion*, les phénomènes réflexes douloureux s'évanouir; les urines perdre leur nuance foncée, cesser de contenir l'acide urique en excès, et devenir plus riches en urée, enfin le foie rentrer peu à peu dans ses limites normales. Dans les cas de cirrhose atrophique, il nous a été donné plusieurs fois d'assister à la résorption complète du liquide épanché dans le péritoine, et à celle de l'œdème des membres inférieurs. Plein de confiance dans un traitement qui, entre nos mains, a fourni d'aussi brillants résultats, nous engageons vivement nos confrères à l'essayer, à leur tour, et ils le feront avec d'autant plus de sécurité, qu'ils ont la certitude de n'introduire dans l'économie qu'une substance inoffensive, composée d'une base qui fait partie intégrante de l'un de nos tissus, et d'un acide qui entre dans la constitution d'une sécrétion d'une importance capitale, absolument indispensable à toute digestion animale.

Nous avons publié la formule du sirop d'hippurate de chaux dans la *Gazette hebdomadaire* et dans le *Bulletin de thérapeutique*, et le distingué reporter du *Concours* a bien voulu la reproduire dans les colonnes de ce journal, ce dont nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

A raison du prix vraiment exorbitant de l'acide hippurique des droguistes (1), nous croyons être utile à nos confrères qui, sur la foi de nos assertions, recourront à la médication héroïque que nous visons à introduire dans la thérapeutique, qu'ils trouveront dans la maison Trouette-Perret les préparations d'hippurate de chaux à des prix, nous ne dirons pas abordables, mais même très modiques.

(1) Environ 750 fr. le kilog. Depuis que nous en avons proposé l'emploi thérapeutique, le prix s'en est élevé successivement à 2.500 fr., puis à 3.000 et jusqu'à 6.000 fr. le kilog !

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Service d'analyses et d'examens microscopiques.

On a bien souvent insisté avec raison sur les difficultés de la *pratique médicale* à la campagne. Il faut y avoir exercé pour comprendre quelle variété de connaissances est nécessaire à l'homme qui doit embrasser toutes les parties d'un art qui, ailleurs, sont distinctes et spécialisées : chirurgie, médecine, accouchements, médecine légale, hygiène publique et privée, etc., etc. A quels rôles nombreux ne doit-il pas se prêter, sans compter que beaucoup sont obligés d'ajouter à ces travaux si multiples, les manipulations de la pharmacie.

En se perfectionnant, la science se simplifie par cette lourde tâche, car, au contraire, elle se complique en se précisant. Elle emprunte chaque jour aux sciences accessoires des méthodes nouvelles. Chaque découverte de la physique ou de la chimie lui permet et bientôt lui impose des investigations jusque-là inconnues. C'est ainsi que l'*analyse chimique* et l'*examen microscopique* interviennent de plus en plus dans le diagnostic des maladies.

Il y a déjà des contrées (nous assure-t-on), où presque tous les médecins sont outillés pour les examens histologiques et les vérifications du laboratoire. Nous n'en sommes pas là en France, et l'on ne comprendrait guère comment ce surcroît de labeur pourrait trouver place dans la vie déjà si encombrée de nos praticiens.

Dans nos grandes villes, où les laboratoires du pharmacien, du chimiste, du micrographe, sont là, pour ainsi dire, sous la main, le médecin en use largement, ayant de longue date l'habitude d'y recourir et de leur emprunter d'indispensables renseignements.

Mais, de nos jours, la facilité croissante des communications, le bon marché des envois par la poste ou par colis postaux, rapprochent infiniment les campagnes de la ville. Il n'est pas de médecin, si éloigné qu'il soit des grands centres, qui ne puisse, s'il le désire, recourir aux laboratoires spéciaux et recevoir la réponse dans un délai très restreint. Et là encore, nous avons pensé que le *Concours médical* pouvait offrir à ses membres des facilités et des avantages particuliers.

Nous avons cru que le moment était venu de créer un *service de renseignements techniques et d'analyses*, destiné à fournir à nos lecteurs les vérifications qui leur seront utiles, aux conditions les moins onéreuses possible.

Ce service pourra être utilisé dans un grand nombre de cas; nous nous contenterons d'en indiquer quelques-uns.

Nous n'apprendrons rien à nos lecteurs en leur disant que l'urologie est devenue une branche importante de la science et que, bien souvent, un examen

de déceler de simples traces d'albumine ou d'autres corps en dissolution, soit qu'il s'agisse de dosages exacts avec des instruments particuliers, comme le polarimètre pour le sucre; soit enfin qu'il faille rechercher avec le microscope les éléments organiques: globules, tubuli, épithéliums. La clinique a souvent besoin d'être édifiée sur la nature d'une sécrétion, d'un produit pathologique, des tumeurs ou des crachats par exemple. On peut discuter (et nous n'avons pas à trancher la question), sur l'origine des *bacilles*, cause ou produit de la tuberculose, ce qui est certain, c'est qu'ils constituent souvent un moyen précieux de diagnostic, et que le diagnostic posé, dès le principe, c'est le pronostic assuré avec plus de précision, c'est le traitement dirigé avec une plus stricte attention, c'est peut-être enfin un insuccès de moins pour la médication. C'est aussi, pour ceux qui croient à la contagion, un moyen de prévenir à temps ce danger. Or, est-il rien de plus facile que d'envoyer des crachats suspects au laboratoire?

Souvent le médecin est appelé à se prononcer sur la qualité des eaux, il a à répondre si elles sont potables ou si elles sont insalubres, si elles renferment un excès de matières organiques, si elles tiennent en dissolution des sels toxiques dont les éléments ont pu être empruntés aux conduits métalliques qu'elles traversent. Autant de questions qui intéressent vivement les familles et les localités soucieuses de l'hygiène. Le public croit trop souvent que ces questions se résolvent par un simple coup d'œil.

Parfois aussi, et toujours avec l'idée que le médecin possède la science universelle, et dispose de journées plus longues que celles des autres mortels, on le consulte sur la valeur des produits alimentaires et sur leur sincérité, et cette question, prend tous les jours plus d'importance à la campagne où le falsificateur croit aisément à l'impunité, tandis que dans les villes, les laboratoires lui font une guerre acharnée.

De toutes les fraudes, celles qui intéressent le plus notre profession, et qu'on ne peut passer sous silence, car il s'agit d'une industrie absolument libre, n'ayant d'autre contrôle que la vigilance de l'acheteur, ce sont celles qui se commettent quelquefois dans le commerce de la droguerie.

Nous en avons dit assez pour donner un aperçu sommaire des motifs qui nous déterminent à mettre à la disposition de nos confrères un service de renseignements spéciaux. Ils pourront l'utiliser pour eux et pour le service de leur clientèle. Nous avons la conviction que l'avenir tendra à développer les relations de cet ordre, fondées, en somme, sur une sage division du travail.

Nous engageons nos confrères à adresser les échantillons et les demandes d'analyses (avec les renseignements nécessaires), à M. le Dr Lorin, pharmacien de 1re classe, 26, rue de l'Abbé-Grégoire, à Paris.

Il leur sera répondu, par la voie du journal, ou par lettre, s'il y a urgence. Les analyses, qu'il est difficile de tarifer à l'avance leur seront comptées à des prix très modérés.

N. B. — La poste n'acceptant pas de liquide, les échantillons liquides doivent être envoyés par colis postal (0 fr. 85 à domicile). L'urine doit, autant que possible, représenter la moyenne des vingt-quatre heures. Les *pièces anatomiques* doivent être plongées dans l'alcool. Les produits d'*expectoration* doivent être renfermés entre des lames de verre, etc.

BULLETIN DES SYNDICATS

Les syndicats médicaux et la réunion des sociétés locales du 18 mars 1886

Tous nos confrères connaissent la circulaire que MM. Roger et Foville ont adressée récemment aux Présidents et aux Secrétaires des sociétés agrégées à l'Association générale des médecins de France.

Les pouvoirs de notre honorable et honoré Président vont prendre fin, et une nouvelle élection devra avoir lieu le 18 mars prochain, aux termes de la décision prise par le conseil général de l'Association. Nous ne doutons pas que le résultat du scrutin qui va s'ouvrir ne vienne donner, pour la troisième fois, à M. Roger, une preuve éclatante des sympathies que ses hautes et précieuses qualités lui ont conquises dans le corps médical Français.

Mais le scrutin pour la nomination du Président de l'Association, ne saurait être l'unique objet d'une séance à laquelle assisteront des confrères venus parfois de points très éloignés, et, pour la remplir utilement, la circulaire dont nous parlons propose des dispositions qui nous paraissent devoir fixer toute l'attention de nos confrères.

Et d'abord, nous louerons sans réserve l'envoi projeté des rapports des commissions nommées pour étudier le projet Surmay, d'une part, et, d'autre part, la question des déclarations de décès dans ses relations avec le secret médical. Les délégués pourront ainsi arriver à l'assemblée générale des 2 et 3 mai avec des idées parfaitement arrêtées, et avec un mandat bien défini, qui ne saurait laisser aucune place à l'entraînement ou à la surprise. Cette mesure nous paraît tellement naturelle qu'il nous semble qu'on n'eût jamais dû procéder autrement.

Mais il est une autre question qui viendra aussi devant l'assemblée générale du mois de mai prochain et qui ne saurait nous laisser indifférents : c'est celle des syndicats médicaux qui, quoi qu'on en ait voulu dire, est bien loin d'être supprimée par l'arrêt de la cour de Cassation.

Il n'est pas douteux pour nous que la loi du 21 mars 1884 n'ait reçu de la cour de Cassation une interprétation en désaccord, sinon avec la lettre de cette loi, du moins avec l'intention des législateurs qui l'avaient élaborée. Et si la Cour suprême, — qui n'a point la prétention d'être infaillible, — sait parfois modifier sa jurisprudence — (sa décision relativement avec secret professionel dans l'affaire Watelet, en est un récent exemple), — nous avons cru néanmoins devoir nous adresser, pour obtenir satisfaction, à ceux qui font les lois plutôt qu'à ceux qui les interprêtent. C'est précisément la possibilité de voir varier les décisions du Tribunal souverain qui nous fait préférer un texte bien clair à une interpretation qui, favorable aujourd'hui, peut être défavorable demain. C'est pour cela que nous avons demandé le dépôt d'un article additionnel, qui ne puisse laisser aucun doute dans l'esprit de ceux qui sont chargés d'appliquer les lois.

Nous avons demandé au bureau de l'Association générale de joindre ses efforts à ceux que nous faisons nous-mêmes, afin d'obtenir une prompte satisfaction à nos légitimes espérances.

Mais l'Association s'est trouvée liée par un régle-

ment qu'on voudra bien nous permettre de trouver trop étroit, ou par des scrupules honorables sans doute, mais peut-être exagérés. Elle a réservé à la prochaine assemblée générale le soin de décider la conduite qu'elle devra tenir.

Nous ne saurions trop insister, dès lors, près des médecins syndiqués — qui presque tous font partie des sociétés locales agrégées à l'Association générale, — pour les convier à donner aux délégués qui se rendront à Paris, les 2 et 3 mai, le mandat formel d'inviter le conseil général à appuyer, de toute son autorité, les revendications du bureau de l'Union des syndicats médicaux.

Un certain nombre de sociétés, pensant que le bureau de l'Association pouvait prendre une détermination, dans des circonstances aussi graves, ont déjà sollicité son concours en faveur de l'institution des syndicats. C'est ainsi que dans le compte-rendu de l'Assemblée générale annuelle de la société du Var, tenue à Draguignan le 21 novembre 1885, nous trouvons les lignes suivantes empruntées au rapport de l'honorable M. Balp, secrétaire général : « L'année dernière « vous aviez chargé deux d'entre nous de provoquer « une réunion pour l'organisation d'un syndicat de « l'arrondissement de Draguignan. Le succès a pleine- « ment couronné votre initiative, et à peu près tous les « membres de la Société sont inscrits au Syndicat... « Il est bien regrettable que l'imperfection de la loi « soit venue paralyser tous ces efforts. Selon toute « probabilité, le conseil général de l'Association « joindra ses démarches à celle de l'Union des Syn- « dicat, auprès des pouvoirs publics, pour obtenir « l'extension aux professions libérales des droits ac- « cordés par la loi du 21 mars..... » Ainsi la société du Var, sans s'arrêter à l'arrêt de la Cour de Cassation, a provoqué la formation d'un nouveau syndicat et elle espère que bientôt les membres des professions libérales pourront jouir du droit commun.

De son côté la Société de la Loire et de la Haute-Loire a aussi examiné le sujet qui nous occupe, dans sa séance du 27 septembre dernier. Dans le compte-rendu administratif, après avoir rappelé que « la « Cour de Cassation a refusé aux Syndicats médicaux, « sinon l'existence légale, au moins le droit d'ester « en justice, » l'honorable secrétaire, M. le Dr Chavanis ajoute : « Espérons que la nouvelle Assemblée « législative sera saisie d'un amendement favorable à « nos intérêts et à nos réclamations. Beaucoup d'en- « tre nous ont, en effet, signé une pétition revendi- « quant le droit, pour les professions libérales, de « jouir des avantages de la loi du 21 mars 1884. »

Et plus loin, pour justifier les tentatives multiples faites par le corps médical, afin de réaliser ses *desiderata* et de donner satisfaction à ses besoins, il ajoute les judicieuses observations suivantes : « Dans « une profession qui compte autant de membres que « la nôtre, les intérêts sont nombreux et divers ; aussi « ne faut-il pas s'étonner que les aspirations du corps « médical se manifestent de plusieurs façons.

« En somme, nous avons trois œuvres à poursuivre:

« 1° Venir au secours des sociétaires en détresse: « c'est l'œuvre de l'Association, et vous savez avec « quel bonheur elle y réussit ;

« 2° Organiser la défense de nos intérêts maté- « sriels : c'était l'objet des syndicats, (nous ajouteron « que *tel est encore le but* qu'ils poursuivent) ;

« 3° Faire respecter par ses membres l'honneur de « la profession et veiller à l'exercice illégal de la « médecine. C'est le but principal que poursuivrait « uu Ordre des médecins. Assistance, intérêts, disci- « pline, tel est le triple but de nos aspirations.

« Nous estimons, pour notre part, qu'il paraît diffi- « cile de demander *à une seule organisation* de veiller « à tant d'intérêts divers, souvent opposés les uns aux « autres. Que l'Association générale prenne en main « la réalisation de tous ces vœux ; c'est son devoir « d'agir pour que des organisations spéciales s'oc- « cupent, à ses côtés, des intérêts dissemblables qui « nous préoccupent. »

Ces considérations, nous les avons maintes fois développées ici-même et ailleurs. Il n'est plus question de cet antagonisme entre Association et Syndicats, que des esprits méfiants ou chagrins avaient redouté à la première heure. Tout le monde paraît fixé aujourd'hui, et personne ne redoute plus de voir les syndicats monter à l'assaut de l'Association pour la supplanter ou l'anéantir. Il s'agit de nous protéger réciproquement contre les envahissements de toute sorte, et de revendiquer, non des privilèges, mais le droit commun. Il y a à engager des luttes qui pourront être ardentes et qui, dans tous les cas, exigent de notre part, de l'accord, de l'esprit de suite, de la persévérance: les syndicats réclament l'honneur d'être les premiers au poste de combat. L'Association pourrait-elle leur refuser l'appui de sa haute influence.

Qu'on me permette de rappeler les paroles que prononçait récemment l'honorable M. Hameau, président de l'Association des médecins de la Gironde, à un banquet offert par les Syndicats médicaux girondins aux Sénateurs et aux Députés du département. « L'As- « sociation ne peut se montrer que très sympathique à « la cause des Syndicats, car elle ne touche pas seu- « lement à un intérêt vital pour les syndicats médi- « caux, *qui ont déjà rendu de si grands services à* « *nos confrères des campagnes*, elle touche à un in- « térêt social et même à une question de principe. « Est-il admissible, en effet, qu'une loi libérale, per- « mettant aux membres d'une même profession de « s'associer en certaines formes légales pour la dé- « fense de leurs intérêts professionnels, ne soit pas « applicable aux professions libérales ?

« Pourquoi ? Sous quel prétexte un tel ostracisme ? « Est-ce parce que les médecins *jouisseut* déjà d'un « certain nombre de mesures législatives restrictives, « *en leur faveur*, des droits communs à tous les au- « tres citoyens. Cette loi des Syndicats ne serait donc « qu'une loi de privilège au profit de quelques pro- « fessions ! Cela ne peut être qu'une lacune de rédac- « tion, et nous avons la certitude qu'il suffira d'appe- « ler l'attention des législateurs sur cette injustice « pour qu'elle soit réparée. »

Quelques jours auparavant, le 20 décembre 1885, l'Association de la Gironde, l'une des plus importantes de France, adoptait la proposition suivante : « la So- « ciété locale de la Gironde émet le vœu que les Syn- « dicats médicaux soient admis, par une disposition « législative, à jouir de tous les avantages conférés « par la loi du 21 mars 1885 aux Syndicats profes- « sionnels. » Or, cette proposition ne soulevait pas la moindre objection, preuve évidente que tous nos confrères partageaient les sentiments que l'honorable M. Hameau exprimait si bien dans les lignes qui précèdent.

Nous espérons que des vœux analogues seront exprimés par les autres Sociétés locales, et que les délégués envoyés à Paris seront chargés d'inviter le Conseil général de l'Association des médecins de France à demander, en faveur des médecins qui voudront en user, l'application complète d'une législation en laquelle beaucoup d'entre nous ont mis leurs espérances, et qui nous paraît devoir accroître les résultats favorables qu'une simple tolérance nous a permis de réaliser.

AD. BARAT-DULAURIER.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Nous avons appris avec satisfaction que les bureaux de la Chambre ont nommé la *commission chargée d'examiner* **la proposition de loi relative à l'exercice de la médecine** présentée par M. *Chevandier*. Il faut sans doute faire honneur de ce résultat à l'activité de notre confrère ; car il était à craindre qu'au milieu des conflits d'ordre purement politique, la loi sur l'exercice de la médecine ne fût reléguée dans les limbes des cartons avec beaucoup d'autres lois utiles.

La commission nommée a dû se constituer vendredi dernier, et il est très vraisemblable qu'elle se montrera en majorité favorable au projet. Mais, d'après certaines informations qui nous sont parvenues, il est à craindre que certains membres de la commission ne soient animés d'une sympathie regrettable pour une manière de voir qui rendrait inutile toute loi sur l'exercice de la médecine, attendu que, d'après eux, la meilleure loi se composerait d'un seul article ainsi conçu : « Tout le monde a le droit d'exercer la médecine. »

Cette opinion nous paraît, il est à peine besoin de le dire, aussi dangereuse que captieuse par son faux libéralisme. En Amérique, où l'exercice de la médecine est libre, les résultats de cette liberté n'ont rien d'enviable, au dire des plus dignes de foi et des plus distingués de nos confrères de ce pays, où cependant l'usage de toutes les libertés, étant aussi ancien que le pays lui-même, en a rendu les abus moins fâcheux. En France, nul doute que la *liberté de la médecine* ne soit une chimère, qui n'a rien de séduisant ; mais il faut craindre qu'au nom de la recherche de cette chimère, quelques malavisés de gauche ne fassent le jeu des nombreux habiles de droite. A ceux-ci, la liberté de la médecine a de solides raisons de plaire, comme aussi la liberté de l'enseignement; car la médecine libre ne peut manquer d'augmenter l'influence du clergé et des congrégations dans les campagnes, où, par esprit d'économie, le paysan ne sera pas fâché de confier le soin de guérir son corps à celui qui a déjà des lumières pour guérir son âme.

Donc il est à craindre que les députés de la droite ne soient défavorables à tout projet de réglementation de la médecine; malheureusement il est à craindre aussi que quelques députés de la gauche radicale, inspirés par un faux libéralisme, ne fassent campagne avec leurs collègues de droite en faveur de la liberté de la médecine, sous prétexte que c'est une liberté de plus et qu'on n'aura jamais trop de libertés. C'est là un danger sur lequel *nous appelons* avec insistance l'attention de nos lecteurs. Il est désirable que le plus grand nombre possible de médecins s'adresse aux députés qu'ils connaissent pour les mettre en garde contre certains raisonnements captieux qui pourront leur être faits à la tribune ou dans les bureaux contre les réformes que nous désirons tous, et que consacre la proposition de loi de M. Chevandier sur l'exercice de la médecine.

Nous annonçons d'autre part à nos lecteurs que M. le Dr *Dupuy* (de Vervins), député de l'Aisne, a déposé, le 4 courant, sur le bureau de la Chambre, un *amendement* ainsi conçu à la loi sur l'exercice de la médecine : « *Les dispositions de la loi du 21 mai 1884 sur les Syndicats professionnels, sont applicables aux médecins.* » Il faut féliciter de cette initiative notre collègue M. Dupuy, ancien interne des hôpitaux de Paris et membre du *Concours médical*, qui joint ainsi ses efforts à ceux qui sont déjà tentés de divers côtés pour faire aboutir la **question des Syndicats.**

— La semaine qui vient de s'écouler marquera probablement une date importante dans l'histoire des efforts thérapeutiques entrepris contre la tuberculose. Nous lisons dans la *Gazette hebdomadaire* du 5 février une lettre dans laquelle M. le professeur VERNEUIL expose au public médica.

l'idée qui lui est venue de créer **un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.** Cette lettre est trop intéressante et d'un style trop élevé pour que nous nous contentions d'en donner une sèche analyse, et nous la reproduirons dans notre prochain numéro. Disons seulement, aujourd'hui, que le projet de M. Verneuil, auquel ont adhéré, aussitôt qu'il leur en a fait part, ses collègues les professeurs Bouchard, Brouardel, Charcot, Cornil, Damaschino, Fournier, Grancher, Lannelongue et Potain, est de réunir par souscription une somme importante, qui permettra de fournir aux expérimentateurs désireux de travailler à ce beau et si difficile problème de la curation de la tuberculose, les instruments de travail, les animaux, les stations expérimentales en divers climats, et les récompenses destinées soit à stimuler l'ardeur, soit à récompenser les travaux accomplis. Les professeurs précités ont aussitôt versé une somme de 3.000 fr.

— M. *Proust* a fait part à l'ACADÉMIE (9 février) du résultat d'une enquête qu'il vient de faire au sujet d'une **épidémie de choléra** qui a régné **dans le Finistère** depuis quatre mois. Il était assisté dans cette enquête par M. *Charrin*, chef du laboratoire de pathologie générale, qui, dans deux missions antérieures, en Espagne, à propos des vaccinations ferraniennes, et dans les Pyrénées orientales, a fait preuve des qualités multiples requises en pareil cas.

Il est certain que le choléra a été importé dans les localités suivantes : Guilvinec, Audierne et Douarnenez ; il est probable qu'il en a été de même à Concarneau et à Quimper. Tous les médecins du pays sont d'accord sur l'absence complète de constitution médicale dite prémonitoire ; la santé publique était au contraire excellente depuis deux mois. Le choléra est resté circonscrit dans les villes et villages proches de la mer, parce que les gens du littoral ont peu de communications avec l'intérieur du pays ; les quelques localités atteintes à distance ont été infectées par des émigrants : Quimper, le chef-lieu, but de visites plus fréquentes, était à ce point de vue, prédestiné à l'infection cholérique. Toutefois à Quimper, comme dans les autres localités, les cas de choléra ont affecté l'allure de petites épidémies de maisons et de quartiers, frappant exclusivement les pauvres, les alcooliques et les débilités. Les corps de troupes ont été épargnés grâce à de sages précautions hygiéniques disciplinairement observées. Dans la propagation du choléra l'eau a joué un rôle certain dans une localité, probable ou nul dans deux autres.

M. Proust insiste sur l'insalubrité et la malpropreté des localités atteintes, sur la mauvaise habitude de répandre sur le sol des matières fécales qui vont s'infiltrer dans la nappe souterraine ; l'isolement n'a été pratiqué nulle part. Heureusement, paraît-il, les idées de désinfection commencent à être acceptées par les populations. M. Proust a prescrit dores et déjà les mesures les plus convenables concernant la désinfection des locaux. Il pense qu'on devra exercer rigoureusement une surveillance au moment où la pêche amènera l'encombrement dans certains ports de pêche. L'usage d'eau pure, la suppression des puits qui sont trop souvent situés au bas de la rue principale et reçoivent ainsi toutes les infiltrations nuisibles, l'entretien des rues avec plus de propreté et la création de fosses d'aisances, luxe inconnu dans ces localités, seraient les mesures complémentaires indispensables.

Dans la séance précédente, M. *Peter* avait cherché à s'appuyer sur la communication de M. Gautier relative aux ptomaïnes et aux leucomaïnes pour attaquer à nouveau les doctrines microbiennes, contre lesquelles il a prononcé un

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

Séance de novembre 1885.

(Suite)

« Assurément, il y a un principe d'honnêteté, le respect des confidences, la discrétion, qui doit diriger nos relations sociales ; mais il y a aussi une loi morale, un sentiment de justice qui lui est supérieur de cent coudées. Si, en vertu de ce principe je dois me taire, en vertu de la loi morale, je me crois autorisé de parler.

« Affaire de conscience, direz-vous ! Eh ! oui ; et celui qui obéit à une conscience droite et éclairée n'a pas à trembler devant ses semblables. — Mais enfin l'obligation au secret est ou n'est pas? — En théorie cette obligation existe. Mais il est impossible, dans la pratique, de s'accommoder tout à fait des prescriptions de la théorie, car il y a toujours des cas réservés.

« Le secret professionnel est une régle *bonâ fide*. On n'a pas à le recommander ni à le prescrire à ceux qu'on emploie : cela va de soi.

« Avant d'entrer au service du Prince, je fus appelé un beau matin devant sa seigneurie. *Je vous ai désigné*, dit-elle, *pour donner des soins médicaux au personnel de ma maison. Vous aurez dans vos attributions la surveillance de tout ce qui intéresse la santé de mes gens, de mes enfants, de moi-même. Mais j'exige de ceux qui sont à mon service, quels qu'ils soient, une discrétion absolue. En conséquence, vous ne direz rien de ce que vous aurez appris dans l'exercice de vos fonctions, sous peine de forfaire à l'honneur et de déchoir dans mon estime.* J'étais jeune et je fus ému. *Eh ! quoi*, demandai-je, *ne pourrai-je pas répondre à ceux qui feront prendre de ses nouvelles, que sa seigneurie, après avoir été travaillée d'une goutte véhémente, est à présent sur pied? — Vous devez savoir ce que la discrétion professionnelle nous prescrit à tous...*

« Voilà la situation vraie du médecin vis-à-vis du

serment d'Annibal ; il s'était efforcé de faire triompher la doctrine de la **spontanéité morbide** en expliquant par une autotyphisation, une auto-infection de l'organisme la plupart des maladies considérées comme des infections d'origine extérieure. M. *A. Gautier* est venu dans la séance de mardi dernier, tout en remerciant M. Peter des éloges qu'il lui avait donnés, se dégager de toute solidarité avec lui en ce qui concerne au moins la spontanéité des maladies dont l'origine est évidemment l'infection par des microbes spécifiques. M. *Le Fort* a pris la parole pour défendre des idées qui ne tendraient à rien moins, comme le lui a fait remarquer M. Verneuil, qu'à faire revivre la doctrine de la **génération spontanée** qu'on pouvait croire à jamais enterrée. Nous aurons à revenir sur cette discussion.

DERMATOLOGIE PRATIQUE

Nature et traitement de l'urticaire

Le meilleur dermatologiste sera toujours celui qui est le meilleur médecin, c'est à dire le plus capable d'interroger toutes les fonctions de l'organisme, de débrouiller la subordination des phénomènes pathologiques, de manière à rapporter les effets évidents et bruyants à leur cause silencieuse et cachée. Pour démontrer cette vérité, on ne saurait choisir de meilleur exemple que celui de l'urticaire.

Nous ne voulons pas ici reproduire la description de l'urticaire. Il ne saurait cependant être inutile de rappeler quelques traits symptomatiques de ces efflorescences de configuration et de dimension variables; tantôt arrondies, larges comme l'ongle, tantôt en plaques un pen plus irrégulièrement configurées, dépassant la dimension d'une pièce de cinq francs, (urticaire géante), mais dont toujours le diagnostic est facile d'après les caractères suivants.

Les élevures se forment *subitement*, précédées de très peu ou immédiatement accompagnées par un *prurit intense* ; elles font une saillie variable, en général modérée, au-dessus du niveau des téguments, mais leur surface est, au début, absolument régulière et d'une consistance assez dure au toucher. La coloration du centre de l'élevure peut être *d'un blanc brillant*, comparable à celui de la porcelaine, ou bien rosée, mais *la partie périphérique plus colorée* constitue une auréole d'un rose plus vif. Tandis que le bord coloré progresse plus ou moins, la partie centrale peut rester unie, ou se déprimer légèrement et s'affaisser, de sorte qu'à la plaque succède une sorte d'anneau rosé (urticaire annulaire).

Plusieurs anneaux peuvent, en se fusionnant, former l'urticaire *linéaire*, *figurée* ou dessiner des cercles concentriques et excentriques qui changent très promptement d'aspect à cause de la marche rapide de l'éruption. Dans les parties de la peau, voisines de celles où se sont montrées les efflorescences spontanées, on peut faire naître une *urticaire provoquée*, par le simple contact avec le doigt ou avec l'ongle, dont la trace se dessine d'abord sous forme d'une raie blanche, devenant immédiatement rouge, puis d'un blanc brillant et formant une saillie assez persistante, même au delà de la zône touchée par l'ongle.

On sait combien ces efflorescences ortiées peuvent être généralisées, apparaissant et disparaissant sur tous les points du corps sans siège de prédilection et occasionnant, dans les régions où le tissu cellulaire est lâche, un œdème considérable (paupières, prépuce).

N'oublions pas que, si l'urticaire est en général un processus essentiellement aigu, durant un ou

grand public qu'il est appelé à servir: il est tenu par devoir à la plus grande réserve dans ses propos, à plus forte raison dans ses déclarations, quand il s'agit des gens à qui il a donné des soins. Et le secret médical n'est pas autre chose que cette discrétion honnête et consciencieuse qui doit être observée toujours et partout par un médecin dans ses relations professionnelles.

« A côté du secret professionnel, il en est un autre qui est beaucoup plus obligatoire: c'est le secret confessionnel. Une personne vous raconte confidentiellement un fait caché, en exigeant de vous la promesse de n'en point parler. Ayant accepté librement cette confidence, vous ne pouvez la révéler que si l'autre vous y autorise. Les avocats et les prêtres surtout, sont beaucoup plus que nous, par état, dépositaires du secret confessionnel. Ils sont des confidents dans toute l'acception du terme, et en possession à peu près exclusive de la connaissance du fait qui leur a été confié.

« Sous ce rapport nous sommes bien différemment partagés. Les choses que nous voyons où que nous apprenons, les situations qu'on nous découvre, les misères qu'on nous avoue, etc., sont déjà soupçonnées dans la plupart des cas, quelquefois entrevues par un entourage curieux et plus ou moins bien intentionné. Colbus est tombé dans la rue; il a poussé un cri; il a été agité de convulsions; il avait de l'écume aux lèvres; etc.; parbleu, pas n'est besoin d'être grand clerc pour reconnaître que Colbus est atteint du mal caduc. Colbus maigrit; il tousse depuis des mois; il crache du sang; son père est mort de phthisie; son frère avait les écrouelles; etc.; il n'est pas malin d'assurer que Colbus est menacé d'une maladie de poitrine.

« Voilà comment le secret du médecin se trouve être souvent le secret de Polichinelle. — Nous n'en sommes pas moins tenus de le garder! — Je ne soutiendrai pas le contraire; je dis seulement que des confidences pareilles ne sont plus des confidences sérieuses.

« On a prétendu qu'en nous appelant auprès d'un malade, le secret professionnel, analogue, pour ainsi dire, au secret du confessionnal, nous était en quelque sorte imposé d'office en vertu d'une convention tacite. Mais c'est là une hypothèse hasardée.

« De convention pareille il n'en existe pas. Pour convenir de quelque chose, il faut être deux. Or, je vois

plusieurs jours, il y des cas où l'éruption peut durer plusieurs semaines, des mois et des années, sous forme de poussées irrégulières ou composées d'exacerbations et de rémissions (urticaire récidivante chronique).

L'intensité du prurit, causé par l'urticaire, peut aussi produire, à titre de complications banales, et par suite du grattage auquel le malade se livre, des excoriations, de la pigmentation, des papules et même des pustules.

L'aspect objectif, que présentent à l'œil nu les placards d'urticaire, trouve son explication très nette dans les lésions que l'examen histologique a démontrées. La lésion est un œdème aigu localisé de la peau. Cet œdème est si intense que le liquide exsudé comprime les vaisseaux du point envahi et en efface le calibre. C'est un *œdème aigu anémique*; il en est du moins ainsi au centre de la plaque, dans la zône pâle, tandis que la périphérie rosée présente les caractères de la *congestion prédominant sur ceux de l'œdème*.

L'exsudation œdémateuse se produit quelquefois de façon si intense et si brusque que le soulèvement des couches cornées en phlyctènes donne à l'urticaire l'apparence *vésiculeuse, bulleuse* ou *pemphigoïde*.

II

Chacun sait, gens du monde et médecins, que l'urticaire, dont le type est l'éruption qui suit le contact des orties, peut succéder à la piqûre de certains épizoaires, dont la punaise et la puce représentent les échantillons les plus fréquents dans nos pays.

Chacun sait encore que l'ingestion de certains aliments peut être suivie d'urticaire, et la liste en est longue: fraises, framboises, groseilles, poissons de mer surtout, homards, huîtres, écrevisses, escargots, diverses espèces de charcuterie, jambon, champagne, sauce mayonnaise, viande de porc fumée, rôtie ou bouillie, certains fromages, la glace (glace aux fruits).

Telle est l'énumération de Kaposi, et il est impossible de ne pas être frappé de ce fait que tant de substances si disparates puissent provoquer un effet si constamment identique. Cela même doit nous mettre en défiance et nous faire chercher souvent l'explication du fait, non pas tant dans la cause elle-même, mais plutôt, dans la nature de l'organisme dont cette cause est venu provoquer la réaction. C'est dans cet ordre d'idées qu'on a invoqué l'arthritisme comme facteur principal des éruptions ortiées. Mais il nous semble que cette explication n'est pas applicable à tous les cas et qu'il y a aussi une part grande à faire à la nature de la substance introduite dans l'organisme. Ainsi certaines viandes faisandées ou certains fromages décomposés agissent à la manière des toxiques et, en outre, l'agent toxique peut prendre naissance dans le tube digestif lui-même, par suite de fermentations putrides qui s'y développent; tel est probablement le cas dans ls cours de certaines indigestions ou de certaine embarras gastriques plus ou moins chölériformes.

Développons cette idée de l'urticaire **par intoxication.**

L'urticaire a été observée souvent après la ponction du kyste hydatique du foie; on l'a attribuée, en pareil cas, à l'introduction d'une partie du liquide kystique dans le péritoine et à sa pénétration ultérieure dans les voies lymphatiques, ce serait bien là une sorte *d'intoxication*.

Il semble d'ailleurs qu'on ait eu tort de mettre exclusivement en cause le péritoine dans ces cas: mon maître, M. le professeur Bouchard, a raconté dans son cours de l'an dernier le fait sui-

---

bien que depuis les temps les plus reculés, dès l'âge de bronze, les médecins vraiment soucieux de leur dignité, ont pris par devers eux l'engagement de ne révéler qu'à bon escient les faits de leur pratique; mais je ne sache pas que leurs clients, ni le public aient jamais exigé rien de pareil. En voulez-vous la preuve?

« Quand nous avons visité un malade un peu en vue, admirez comme les gens se précipitent pour nous demander: Qu'est-ce qu'il a? Est-ce grave? etc..... Si ces gens-là avaient dans l'idée que notre devoir est de ne rien dire, est-ce qu'ils nous interrogeraient de si bon cœur? Et ce ne sont pas seulement les gens du commun qui nous questionnent avec ce sans-façon: ce sont aussi des personnes du meilleur monde et de la meilleure société; comme les officiers de l'état-civil qui nous invitent à remplir des bulletins de décès; comme les chefs d'administration qui nous demandent des certificats et des rapports de santé; comme les magistrats eux-mêmes des tribunaux et des parquets qui nous enjoignent de leur faire une déclaration. C'est à qui nous invite à parler.

« Est-ce le patient qui nous demande le secret sur ce qu'il a? Le pauvret est généralement plus préoccupé de sa guérison que des racontars dont il peut être l'objet. Il sait qu'il a peu à craindre des révélations indiscrètes, et qu'au besoin la loi le protégerait contre elles.

« L'idée du prétendu secret médical qu'invoquent si volontiers et en toute circonstance les Marchedroit de la profession, ce prétendu secret dont l'obligation est inscrite dans nos codes, n'arrête donc personne. Personne ne paraît savoir que nous sommes tenus par état, sous peine de forfaire et d'être amendables, à rien révéler de ce qui se passe chez nos malades. Personne ne songe à celà. C'est qu'on suppose évidemment qu'il nous est loisible de tout dire, sauf les réserves qu'impose et que doit imposer la discrétion la plus scrupuleuse.

« Voilà la vérité.

« On ne croit pas que le secret médical soit de rigueur. L'obligation ici, si obligation il y a, est une affaire de convenance et non de convention. Aussi quand on nous questionne, on entend bien ne demander que ce qu'il nous est permis de dire, que ce que la conscience ne nous interdit pas de divulguer.

« Mais alors si mes lèvres restent fermées, c'est tout

vant. Quand il était chef de clinique, il a vu une jeune fille atteinte d'un kyste hydatique, pour lequel Béhier avait conseillé l'ouverture large du foie au moyen de cautérisations successives suivant la méthode de Récamier ; afin de faire naître des adhérences avec la paroi abdominale, on avait, grâce à la pâte de Canquoin, pratiqué comme une sorte de tunnel dans le tissu hépatique. On arriva à un kyste de volume si minime qu'on crut qu'il y avait des kystes multiples et qu'on dût recourir alors à des ponctions faites dans le fond du tunnel. Il s'écoula seulement quelques cuillerées d'un liquide nettement hydatique, dans lequel des crochets furent micrographiquement constatés ; on pousse alors plus loin et on voit s'écouler un jet de sang, venu d'une branche de la veine porte. Cependant le seul accident fut une éruption universelle d'urticaire. Il est évident que la pénétration du liquide kystique s'était faite directement dans le sang, et que c'est là un cas d'urticaire nettement toxique sans l'intermédiaire du péritoine.

C'est, en général, par le mode reflexe que l'on a expliqué la production quelquefois instantanée de l'urticaire par l'irritation des séreuses pleurale et péritonéale.

Les médecins suédois (*Finsen, Arch. de méd. 1869*) pensent que l'apparition d'une urticaire chez un individu porteur d'un kyste hydatique indique presque à coup sûr que ce kyste s'est rompu dans une séreuse (plèvre, péritoine, etc.). En appliquant cette loi, M. Féréol a pu, il y a quelques années, affirmer la nature hydatique d'un épanchement péritonéal qu'il a pu ensuite démontrer par la ponction et l'évacuation des hydatides (*Ac. de méd., 1880*).

C'est probablement en s'éliminant par les téguments que certains médicaments provoquent quelquefois l'urticaire chez les individus prédisposés ; j'ai déjà cité ces faits d'éruptions pathogénétiques, suivant l'expression de Bazin, dans une étude publiée ici même : les éruptions cutanées causées par les médicaments (*Concours médical, 1883*). Le copahu, le cubèbe, la térébenthine, la valériane, le chloral, l'acide salicylique, la quinine rarement (Köbner), quelques eaux minérales et même certains vins blancs ont été incriminés. Ce n'est pas toujours l'ingestion de ces substances qui peut provoquer l'éruption ortiée ; l'inhalation de baumes ou de térébenthines a parfois suffi. D'ailleurs l'absorption de ces corps s'opère énergiquement par les voies respiratoires et il suffit d'avoir passé quelques heures dans une atmosphère imprégnée de vapeurs térébenthinées pour excréter des urines dégageant l'odeur des violettes.

Il se peut aussi que ce ne soit pas toujours par le mécanisme de l'élimination cutanée que ces médicaments provocateurs de l'urticaire manifestent leur action ; il suffit qu'ils exercent une modification particulière sur les centres vaso-moteurs de certains points des téguments. L'urticaire est en définitive de l'ordre des *angio-névroses* ; elle se manifeste, il faut en être prévenu, chez des individus dont le système vaso-moteur est en état habituel d'équilibre instable, leurs artérioles oscillant brusquement du spasme à la paralysie.

C'est là problalement cette *imperfection organique constitutionnelle* qui se rencontre dans **l'arthritisme**, et dont parlent les savants traducteurs de Kaposi, MM. E. Besnier et Doyon. La fréquence et l'intensité de l'urticaire survenant chez des sujets « notoirement arthritiques, obèses, emphysémateux, myodiniques, hyperuriques, etc. » à la suite d'une ingestion d'aliments que d'autres personnes ont pris sans inconvénients, est un argument de grande valeur en faveur de la nature arthritique de l'urticaire.

L'arthritisme, cette diathèse congestive, comme

---

simplement à cause des conséquences regrettables que pourrait avoir l'indiscrétion commise.

« Où finit la révélation permise ? Où commence la révélation punissable ? Quand dois-je me taire ? Quand puis-je parler ? Il est clair que c'est à la conscience de nous l'indiquer. Ici l'intention fait toute la moralité de l'acte.

« Encore une fois, si je me tais sur ce que je sais de mon malade, c'est pour continuer à lui faire service et pour ne pas rendre le mal plus grand qu'il n'est. Ce n'est pas l'obligation légale au secret qui me fait agir, mais la bonne et simple vertu de discrétion.

« La discrétion est une vertu large, éminemment sociale, qui procède d'un jugement sain et d'un cœur droit. Elle n'est pas seulement la science de ne rien dire qu'avec à propos, mais elle est aussi l'art de se comporter avec décence et dignité. Il n'est pas discret celui qui importune les autres, exploitant leur faiblesse, abusant de leur bonté ! Il n'est pas discret non plus, celui qui se montre joyeux auprès des affligés ; celui qui vante ses richesses chez les pauvres gens ; celui qui étale son savoir pour épater des imbéciles !

« Un homme discret ne choque personne, et il n'est déplacé nulle part.

« Qualité rare et exquise que la discrétion ! On l'inscrivait autrefois sur la tombe des défunts comme le plus bel hommage rendu à leur mémoire : *Cy gît discrète personne...*

« Admirables sont ceux qui la possèdent ! Méprisés et communs sont ceux à qui elle fait défaut !

« Elle est obligatoire pour tous ceux qui sont appelés à un titre quelconque dans l'intérieur d'une famille. Et l'obligation du médecin, à cet égard, n'est pas d'une autre nature que celle d'un intendant ou d'un homme de confiance qu'on met au courant de ses affaires. Seulement, comme elle porte ici sur des choses incomparablement plus délicates, elle est d'autant plus impérative et nécessaire.

« C'est pourquoi on a jugé bon d'armer la justice contre les incartades de langage auxquelles certains médecins peu délicats pourraient se livrer ; et l'obligation au secret médical a été inscrite dans le Code par nos législateurs comme une précaution destinée à les réprimer. »

(*à suivre*).

on l'a si bien appelée, ne produit pas seulement des congestions rapides et fugaces sur les viscères et les muqueuses, ces hémoptysies abondantes et pourtant d'un pronostic bénin, dont a parlé M. H. Huchard au Congrès de l'Association française à Rouen ; il commande aussi, pour peu s'il s'allie à un état névropathique, des spasmes vasculaires subits auxquels sont imputables les syncopes si fréquentes chez les névro-arthritiques. Or, pour revenir à l'affection cutanée qui nous occupe, spasme angiotonique et paralysie vaso-motrice de certains départements de la peau sont les deux conditions anatomo-physiologiques de l'apparition de l'urticaire.

L'influence nerveuse sur la genèse de l'urticaire dans nombre de cas, en dehors de celle des ingesta, est attestée par l'apparition d'une éruption ortiée après une frayeur ou toute autre émotion vive, mais il y faut toujours joindre la prédisposition diathésique.

La fréquence de l'urticaire dans les états dyspeptiques chroniques, et dans celui qui en est le type, la dilatation de l'estomac, est bien faite aussi pour attirer notre attention. M. Bouchard a pu dire avec vraisemblance que les altérations dyscrasiques, les troubles fonctionnels des émonctoires qui sont, chez les sujets atteints d'une dilatation de l'estomac, à la fois, la conséquence d'une mauvaise élaboration de la matière alimentaire et de l'auto-intoxication de l'organisme par résorption de poisons putrides fabriqués dans le tube digestif, constitue comme une sorte de diathèse acquise, comme un arthritisme au petit pied, arthritis minor : ne trouve-t-on pas réunis, chez beaucoup de sujets atteints de dilatation de l'estomac plusieurs symptômes qui rappellent l'arthritisme, migraines, névralgies, nodosités des jointures, bronchites sibilantes, eczéma ? Chez beaucoup d'entre eux aussi se montre fréquemment l'urticaire, il est naturel d'admettre que, dans ces cas, elle est bien un phénomène d'ordre toxique. On comprend que des indications thérapeutiques découlent de cette notion ; nous les signalerons plus loin.

L'urticaire n'est, chez les dilatés, qu'un des nombreux incidents qui émaillent leur état pathologique, elle se montre généralement en même temps qu'une recrudescence des signes d'intoxication, capables d'affecter les appareils les plus divers.

J'ai vu récemment une jeune femme qui présentait tous les signes de cet état morbide, et qui me raconta que, depuis plusieurs mois, elle était sujette à avoir de fréquentes et très démangeantes poussées d'urticaire, sans qu'elle pût saisir de rapports entre celle-ci et la nature des aliments qu'elle avait ingérés. En effet, quelques jours après son entrée à l'hôpital, je la trouvai un matin couverte d'une éruption d'urticaire géante et universelle, horriblement prurigineuse et avec une fluxion si intense de la zône périphérique de certaines plaques, que de petites ecchymoses persistèrent trois ou quatre jours en ces points après la rétrocession des plaques ortiées qui s'accomplit brusquement à la fin de la première journée. A peine l'efflorescence cutanée avait-elle disparu qu'apparaissaient de violentes douleurs abdominales avec tympanite extrême, mais sans zônes de matité, vomissements bilieux répétés, facies grippé, pâleur livide des téguments du visage, pouls petit et rapide, mais sans fièvre ; en somme, le tableau du péritonisme le plus accentué, mais sans péritonite vraie. Bientôt survint une débâcle diarrhéique qui sembla momentanément juger les accidents péritonéaux, mais aussitôt se montrait un foyer de congestion très intense dans un poumon, et le surlendemain un épanchement dans la plèvre droite. Cette malade est encore aujourd'hui dans un état alarmant, caractérisé surtout par une dépression profonde qui rappelle l'autotyphisation dont parlait récemment M. Peter.

Faut-il assimuler ce cas aux observations que Noel G. de Mussy a réunies sous la rubrique d'*urticaire interne*. Cet éminent clinicien considérait comme des *endermoses* beaucoup de troubles viscéraux survenus au cours d'affections cutanées. A propos de l'urticaire, il citait une dame sujette à des crises de cardialgie très violente avec tympanite stomacale, éructations, flatulence, et quelquefois vomissements, ou de douleurs périombilicales avec diarrhée, crises qui finissaient constamment par une éruption d'urticaire sur le ventre.

Chez un jeune homme qui, après avoir présenté dans son enfance quelques attributs de la scrofule, avaient, à partir de l'adolescence, diverses manifestations arthritiques, G. de Mussy vit des céphalalgies d'une excessive intensité, des troubles vésicaux (dysurie, micturition), une toux opiniâtre avec sécheresse et titillation de la gorge, alterner avec les manifestations urticoïdes sur la peau. Il avait vu, dans le cas de toux et d'angine, la voûte et le voile du palais, le pharynx couverts de plaques d'un rouge vif, rappelant exactement par leur coloration et leur configuration l'éruption cutanée.

M. G. de Mussy attribuait encore à *l'urticaire des muqueuses* ou à un processus analogue, certains coryzas soudains, très passagers, accompagnés d'éternuements incoercibles, du prurit nasal et quelquefois d'un flux très abondant, d'autres fois d'enchifrènement, qu'on observe chez les arthritiques. Il y rapportait aussi certains cas de rhino-bronchique spasmodique, dit asthme de foin (hay fever); alors, l'asthme des foins serait une urticaire bronchique, une arthritide de la muqueuse respiratoire.

Cet auteur avait noté, chez plusieurs des malades atteints de cette affection, une sécheresse telle de la peau, qu'il lui avait semblé voir dans la diminution ou la suppression de la sécrétion sudorale une indication thérapeutique : il obtint la disparition des poussées d'urticaire chronique et des atteintes de rhino-bronchite par l'administration des sudorifiques et des sialagogues. Il prescrivit des pilules ainsi composées :

Poudre de jaborandi..........	0 gr. 10
Extrait de gaïac..............	0 gr. 10
Benzoate de lithine..........	0 gr. 05

dont le malade devait prendre deux fois par jour, puis augmenter d'une tous les deux jours, jusqu'à effet sudoral.

Parmi les causes agissant à la manière des intoxications, il convient de ranger le *malaria*.

Mon distingué confrère et ami, le Dr A. Ruault, qui, à une certaine époque, exerçait la médecine à l'île de la Réunion, en plein foyer de paludisme, m'a fait part d'un certain nombre d'observations qui ne permettent pas de douter de l'existence d'une *urticaire palustre*. Il a plus d'une fois vu de jeunes sujets pris d'un état saburral des voies digestives, de fièvre, d'un gonflement de la rate, et bientôt après d'une ou plusieurs poussées d'urticaire, chez lesquels l'administration de la quinine faisait promptement disparaître et l'efflorescence cutanée et l'état général qui l'accompagnait.

III.

La thérapeutique de l'urticaire découle naturellement, dans chaque cas, de la cause à laquelle on l'a rattachée.

Deux grands faits dominent, avons-nous dit, sa pathogénie : la diathèse névro-arthritique et l'intoxication. De là deux ordres d'indications.

Quand il y a lieu de penser à la banalité de la cause et en revanche à la susceptibilité spéciale de l'individu, traiter l'arthritisme.

Quand, au contraire, la cause paraît être toxique, s'efforcer avant tout de l'éliminer ou d'en prévenir la pénétration. C'est dans cet ordre d'idées que doivent agir les évacuants du tube digestif, dont l'influence a toujours été considérée comme favorable, les diurétiques, et quelquefois, comme dans le cas de G. de Mussy, cité plus haut, les sudorifiques et sialalogues.

Bonne note doit être surtout prise de l'état habituel de mauvais fonctionnement gastro-intestinal chez les individus sujets à l'urticaire. Ne pas négliger de s'assurer, par la recherche du clapotage, si l'estomac n'est pas dilaté, s'il n'est pas, par suite, le siège de fermentations putrides ; car, dans ce cas, le lavage intermittent de l'estomac, l'usage des médicaments antiputrides (naphtaline, salicylate de bismuth associé à la magnésie, limonade chlorhydrique), devra prendre le pas sur toute autre indication thérapeutique, en y joignant la diététique propre à ramener l'estomac trop vaste à des proportions plus normales.

Quand c'est l'état névropathique qui domine la situation, les antispasmodiques trouvent leur place.

La quinine n'est pas utile seulement contre l'urticaire palustre. A titre de modificateur de l'appareil vaso-moteur, le bromhydrate de quinine, mieux supporté que le sulfate par les dyspeptiques et donné par cures de quinze jours de suite, à la dose de 0,50 à 0,60 centigr. par jour, a valu à M. Vidal plusieurs succès contre des urticaires chroniques récidivantes.

Contre les urticaires d'origine arthritique, Pietzryki a prescrit le salicylate de soude à la dose de 3 à 5 grammes.

Contre les urticaires chroniques symptomatiques, Schwimmer, Besnier se sont loués d'avoir employé le sulfate d'atropine à la dose d'un milligramme par jour.

Contre l'urticaire symptomatique d'une dyspepsie chronique, d'une dilatation de l'estomac ou, pour parler d'une façon plus générale, de putréfactions dans les voies digestives, le vrai traitement pathogénique consiste, après avoir évacué le contenu du tube digestif, soit par les éméto-cathartiques, soit par le lavage de l'estomac et les lavements, à instituer l'antisepsie intestinale à l'aide des médicaments suivants : la naphtaline (3 à 5 grammes par jour, par paquets de 0,25 centigrammes, pris dans du pain azyme toutes les 2 heures ou toutes les heures) ; le salicylate de bismuth associé à la magnésie, cette dernière étant destinée à combattre la constipation que pourrait produire le sel de bismuth, qui est d'ailleurs un excellent antiseptique.

Les bains d'amidon, de gélatine, de son, les bains alcalins peuvent passagèrement donner quelque soulagement au malade ; mais leur emploi prolongé en macérant la peau ne pourrait que favoriser les poussées ultérieures. Pour diminuer le prurit, les meilleurs moyens sont encore les lotions calmantes, dont voici quelques formules : chloral hydraté, 3 gr. ; hydrolat de laurier-cerise, 50 gr. ; eau distillée, 200 gr. (Vidal) — ou bien bicarbonate de soude, 8 à 26 gr. ; glycérine, 8 à 30 gr. ; eau, 472 gr. ; — alcool de lavande, 100 gr. ; esprit de vin, 150 gr. ; éther sulfurique, 2 gr. 50 ; aconitine, 1 gr. (Kaposi) ; — lait d'amandes, 250 gr. ; sublimé, 0 gr. 25 ; chlorhydrate d'ammoniaque, 0 gr. 25 (Hardy). Deux ou trois lotions par jour, après lesquelles on saupoudre la peau avec un mélange à parties égales d'amidon, camphre, oxyde de zinc et sous-nitrate de bismuth.

PAUL LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

AUX MEMBRES DU CONCOURS MÉDICAL

Chers confrères,

Les députés qui ont pris en mains, sur nos sollicitations, la *révision* de l'antique législation médicale, font appel à notre zèle. Il faut que les travaux, les études, les démarches multipliées et les dépenses de la société du *Concours médical*, portent enfin leurs fruits. Nous sommes à l'ouverture d'une période parlementaire nouvelle. Le projet *Chevandier* va venir en discussion ; il sera combattu. Il faut que chacun de nous paye de sa

Personne. Nous indiquerons bientôt les demandes à faire.

Nous commençons aujourd'hui par les publications des *titres et motifs* du projet de loi. Il fallait les reproduire, puisque des modifications ont été introduites. Chacun doit lire avec attention et, s'il y a lieu, nous communiquer ses observations, que nous transmettrons au rapporteur de la loi.

A. C.

Proposition de Loi sur l'Exercice de la médecine, présentée par MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Lyonnais, Chavanne, Michou, Richard (Drôme), Bernard Lavergne, Vacher, Députés.

PROPOSITIONS ET PÉTITIONS DU CORPS MÉDICAL

La caducité, qui frappe, à la fin de chaque législature, les propositions de loi nées de l'initiative parlementaire qui ne sont pas arrivées à l'état de rapport au Sénat, nous oblige à reproduire celle-ci, relative à l'exercice de la médecine en France.

Le rapport, fait au nom de la Commission spéciale, avait été déposé sur le bureau de la Chambre, dans la séance du 11 juin 1885, par M. Chevandier.

Sa double qualité d'auteur principal de la proposition et de rapporteur, l'appui qu'ont bien voulu lui donner ses anciens collaborateurs et plusieurs de ses collègues, l'invitent à saisir la nouvelle Chambre d'une question qui intéresse à la fois le corps médical et la société.

Des nombreuses délibérations de la Commission était sortie une proposition de loi libellée en 23 articles, rangés sous trois titres.

C'est cet ensemble de dispositions qui constitue notre projet.

Rappeler brièvement les circonstances dans lesquelles a été votée la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie; indiquer les modifications qu'elle a subies par voie de décrets, et les divers projets de loi présentés, à diverses époques, en vue de la remplacer, tel sera l'objet de la première partie de notre exposé des motifs. La seconde sera affectée à l'examen des questions principales que soulève cette proposition. Elle comportera la justification générale de nos articles.

Il faut remonter jusqu'en 1845 pour trouver une disposition des esprits aussi favorable que celle d'aujourd'hui, à la revisiou de la loi de l'an XI. Les sociétés médicales avaient mis à leur ordre du jour, sous forme de vœux, la plupart des questions soulevées ici, à ce point que l'Association générale des médecins de France avait dû nommer une commission spéciale pour les étudier, et résumer les solutions dans une proposition de loi, dont M. le Dr Lunier fut le rapporteur.

Une commission de médecins, composée de membres du *Concours médical* auxquels s'étaient joints plusieurs députés, s'était déjà constituée spontanément dans les bureaux du journal, organe de cette société. Elle fait de son côté un travail analogue résumé dans un excellent rapport de M. le Dr Geoffroy, d'où était sortie la proposition de M. le Dr Chevandier et d'un grand nombre de ses collègues à la Chambre des Députés.

Le dépôt sur le bureau de la Chambre avait été le signal de pétitions nombreuses, qui vinrent aussitôt démontrer l'impatience du corps médical de se débarrasser d'une législation surannée. 510 médecins des deux ordres demandaient l'unification des titres au seul profit du doctorat. Leurs revendications portaient aussi sur les conditions à imposer aux médecins étrangers pour l'exercice de leur profession en France;

Sur les rapports nouveaux à établir entre les médecins experts et la justice;

Sur les conditions d'étude;

Sur la répression plus efficace de l'exercice illégal de la médecine.

Ce mouvement considérable eut le double avantage de nous apprendre jusqu'à quel point notre proposition correspondait à des besoins réels, et de nous apporter un grand nombre d'idées et de desiderata qui ont éclairé notre conscience et enrichi notre projet primitif.

Nous en pouvons conclure que l'heure est venue de résoudre toutes ces questions de déontologie médicale.

HISTORIQUE.

Nos lecteurs sont au courant de la question.

Nous passons, en conséquence, aux autres titres.

TITRE PREMIER.

Suppression de l'officiat de santé. — Dispositions transitoires. — Les médecins étrangers. — Les médecins experts.

La première question que s'était posée la Commission de 1884 était celle de la suppression de l'officiat de santé. Elle avait décidé, à l'unanimité, que désormais il n'y aurait plus qu'un seul ordre de médecins, les docteurs.

C'est cette solution que nous proposons dans notre *article premier*.

D'un côté, les raisons qui avaient amené le législateur de 1803 à créer un deuxième ordre de médecins n'existent plus aujourd'hui; de l'autre, la distance qui séparait l'officier de santé du docteur a été tellement diminuée par les exigences de plus en plus grandes, imposées aux aspirants à l'officiat, que celui-ci n'a plus sa raison d'être.

Il n'y a plus, en effet, à régulariser les situations acquises, toutes sont régulières; à créer un ordre particulier de médecins pour la campagne, les docteurs s'y installent volontiers, tandis que les officiers de santé recherchent les villes; à redouter le manque de médecins, la statistique est parfaitement rassurante sur ce point; à invoquer les exigences de l'intérêt public, elles sont mieux satisfaites encore par le docteur, qui offre une plus grande somme de connaissances; à se retrancher derrière la limite étroite dans laquelle la loi de l'an XI enferme le droit pro-

fessionnel de l'officier de santé, elle constitue à l'heure actuelle une souveraine injustice pour des hommes de qui on requiert, de jour en jour, des connaissances plus étendues, sans les dégager en rien des liens outrageants pour leur science et leur dignité.

Le rôle social du médecin est si considérable que nul ne peut avoir à se plaindre qu'on entoure l'exercice de son art des garanties les plus sérieuses. N'est-il pas excellent et désirable que tous les membres de la grande famille médicale se présentent au même titre scientifique où qu'ils aillent, chez le pauvre, l'ouvrier, l'artiste, chez l'homme opulent? Où donc, du moment que l'Etat confère les grades, peut-on trouver le droit de se contenter d'un minimum pour les humbles?

Dans une époque de progrès comme la nôtre, il ne pouvait être question de prendre l'officiat pour type de l'unité médicale. C'est lui qui doit disparaître. Le médecin de l'avenir ne saurait déchoir; le médecin aborde tous les milieux; nulle part il ne doit apparaître comme inférieur à ceux qui, jusqu'ici, ont été ses pairs. En un mot, ce n'est pas en faisant descendre d'un ou de plusieurs rangs les 14.000 docteurs en médecine de notre pays que l'unité doit être obtenue, mais en élevant jusqu'au doctorat les 3 ou 4.000 officiers de santé actuels ou ceux qui, de moins en moins nombreux, se disposent à les remplacer.

La considération attachée au corps médical s'en accroîtra d'autant. De ce qui précède, découle pour nous l'obligation de délivrer les officiers de santé des étreintes de l'article 29 de la loi du 19 ventôse. Leur situation scientifique leur donne droit, à notre avis, à l'exercice de leur profession sur tout le territoire de la République.

En vue de l'unification des titres, nous avons établi certaines conditions que les officiers de santé instruits pourront remplir sans trop de peine pour obtenir le diplôme de docteur.

Il nous a été impossible, ainsi que le propose M. le Dr Lunier, rapporteur de la commission de l'Association générale, de réserver aux seuls officiers de santé, pourvus soit du baccalauréat ès-lettres soit du baccalauréat ès-sciences restreint, le droit d'être promus au doctorat. Il est évident que le nombre des détenteurs de l'un de ces diplômes est très petit. Ce serait donc condamner l'immense majorité de leurs collègues, à rester dans leur situation actuelle. Absorbés par les besoins de leur clientèle, éloignés des villes, ils sont en réalité dans l'impossibilité de se préparer à l'obtention de ces grades, alors que la pratique a pu augmenter dans des proportions considérables leurs connaissances professionnelles.

Nous réclamons cinq années d'exercice et l'obligation de subir avec succès deux examens, de présenter et soutenir une thèse. Ces examens devraient porter sur l'histologie générale, la pharmacologie, la médecine légale et comprendre une épreuve pratique d'anatomie pathologique, toutes choses restées en dehors du dernier programme de l'officiat.

Combien d'ailleurs qui ont été reçus avant le décret du 23 août 1883, qui les astreint à trois ans de stage dans les hôpitaux et à quatre ans d'études.

Médecins dentistes.

L'art dentaire a pris un développement tel, il comporte des opérations si sérieuses, qu'il nous a paru nécessaire d'en réglementer l'exercice. Toutefois, cette réglementation ne peut être que conditionnelle, c'est-à-dire, ne recevoir son application que du jour où un enseignement spécial sera organisé dans toutes nos écoles de médecine et où un titre régulier sera décerné, après examen, par un jury. Ainsi se justifie la rédaction de notre *article* 4.

Médecins étrangers.

Le droit, pour les médecins étrangers, d'exercer en France, a été réglé par l'article 4 de la loi de l'an XI, de la manière suivante: « Le Gouvernement pourra, s'il le juge convenable, accorder à un médecin ou à un chirurgien étranger et gradué dans les universités étrangères, le droit d'exercer la médecine ou la chirurgie sur le territoire de la République. »

Cette faculté était laissée au Gouvernement, dans la pensée qu'il n'en userait qu'en faveur des hommes ayant acquis une véritable célébrité dans leur pays.

Malheureusement elle ne profita le plus souvent qu'à des médecins d'ordre inférieur. Dès 1827, le Conseil royal de l'Instruction publique avait songé au moyen de prévenir les abus. Par un règlement du 8 septembre de la même année, il arrêtait qu'à l'avenir, les docteurs étrangers qui voudraient s'établir en France, seraient tenus de subir les mêmes examens que les élèves des facultés de médecine françaises.

Le Congrès médical de 1845 fut unanime à reconnaître la nécessité de modifier cette partie de notre législation. Le docteur Cerise, rapporteur, proposa d'obliger les médecins étrangers, voulant exercer en France, à acquérir le titre de docteur dans une des facultés du royaume. A cet effet, ils devaient subir deux épreuves probatoires, ayant chacune une durée d'une heure, et soutenir une thèse. Ils étaient tenus, au préalable, de déposer: 1° le diplôme authentique du grade universitaire le plus élevé de leur pays; 2° une attestation de trois années d'exercice de la médecine; 3° un certificat de bonne vie et mœurs.

Le Congrès se montra plus sévère que la Commission. Il adopta un amendement, par lequel MM. Malgaigne et Laussedat demandaient que les médecins étrangers ne pussent être autorisés à exercer la médecine qu'après avoir subi avec succès les cinq examens réglementaires et soutenu une thèse.

(*à suivre*).

II

Affranchissement des circulaires.

M. Granet, ministre des postes et des télégraphes, vient de prendre une mesure qui sera accueillie avec une vive satisfaction par les sociétés de secours ou de bienfaisance et par toutes les associations en général.

On sait que l'article 10 de la loi du 25 juin 1856 autorise l'inscription sur certaines classes d'im-

primés de mots ou de chiffres écrits à la main, autres que la date et la signature.

M. le ministre a pris un arrêté qui range dans la catégorie des imprimés ordinaires « les formules imprimées de lettres de convocation à une réunion sur lesquelles sont ajoutées, soit à la main, soit au moyen d'un timbre ou d'un autre procédé, les indications relatives au jour, à l'heure, au lieu et à l'objet de la réunion ».

Ces formules bénéficieront donc dorénavant de la taxe réduite, au même titre que les lettres de faire-part et de convocation en cas de décès par exemple, et seront soumises aux tarifs fixés par la loi du 6 avril 1878, c'est-à-dire 1 centime par exemplaire sous bande mobile, 5 centimes par exemplaire sous enveloppe ouverte. Les exemplaires ne doivent pas peser plus de vingt grammes sous bande mobile et plus de cinquante grammes sous enveloppe ouverte.

BIBLIOGRAPHIE

A LA LIBRAIRIE O. DOIN, 8, PLACE DE L'ODÉON PARIS.

Traitement de la laryngite chronique arthritique aux thermes de Luchon, par le docteur P. FERRAS, Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin en chef de l'hôpital thermal Ramel, Membre de la Société d'hydrologie médicale de Paris, etc. Un volume in-8 de 50 pages, avec figures dans le texte. — Prix : 2 francs.

Les théories de la vie, jugées dans l'œuf, par A. COUTANCE, Officier de la Légion d'honneur, Professeur des sciences naturelles à l'École de médecine navale de Brest. Un volume in-8 de 105 pages. — Prix : 3 francs.

De la fièvre typhoïde dans la marine et dans les pays chauds, par le docteur J. MOURSOU, Médecin de première classe de la marine. Un volume in-8 de 310 pages. — Prix : 6 francs.

NOUVELLES

Prix et récompenses

La Faculté n'a pas décerné, dans le cours de l'année 1884-1885, le prix Montyon, mais elle a accordé une récompense de 350 francs, à titre d'encouragement, à M. le Dr Séjournet, de Revin (Ardennes), membre du *Concours médical*, pour son ouvrage intitulé: *De la congestion pulmonaire active, et principalement de la fluxion de poitrine comparée à la pneumonie franche.*

Nos lecteurs apprendront avec plaisir que le Dr H. *Lecüyer* (de Beaurieux, Aisne), membre du *Concours médical*, le vaillant secrétaire général du *Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle*, vient d'obtenir le *Prix fondé par le Dr Thomas*, professeur honoraire à l'École de Médecine et ancien député, à la Société de Médecine de Reims. Ce prix, consistant en une médaille d'or de la valeur de 200 fr., lui a été décerné à l'unanimité après un remarquable rapport du Dr *Colleville* pour les belles recherches qu'il a faites sur l'*Étiologie, la transmission et la prophylaxie de la fièvre typhoïde*.

Trois mémoires lus à la Société de médecine publique de Paris et publiés dans la *Revue d'hygiène*: Epidémie de Roucy, 1879, p. 372; Epidémie de Chaudardes, 1883, p. 34; Epidémie de Varsognes, 1885, p. 137.

M. le Dr Bardy (de Belfort) a reçu du Ministère de l'Intérieur, une médaille d'argent pour le service des vaccinations de 1884.

Cours d'accouchement.

MM. Bar et Aurard recommenceront leur cours d'accouchements complet en 43 leçons, le lundi 15 février à 4 heures 1/2 du soir, 5, rue du Pont de Lodi. Le cours a lieu tous les jours à 4 heures 1/2.

Messieurs les étudiants seront exercés aux manœuvres et aux opérations obstétricales.

Pour les renseignements et pour se faire inscrire, s'adresser, soit à M. le Dr Bar, 4, rue Saint-Florentin, soit à M. le Dr Aurard, 21, rue de Lille, les lundi, mercredi et vendredi, à 1 heure 1/2.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr MARGUERITTE, président; M. CÉZILLY, vice-président ; MM. DESTREM, MILET, assesseurs; M. BARAT-DULAURIER, secrétaire-trésorier.

I

Syndicat médical de l'arrondissement de Domfront (Orne).

SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1885.

Etaient présents : MM. Legallois, Onfroy-Métairie, Lange, Guérin, Lemonnier, Prodhomme, Berrué, Pierre, Gauquelin, Bidard, Barrabé.

S'étaient excusés de ne pouvoir assister à la réunion : MM. Joubert, Leconte, Toutain, etc.

I

M. le Président annonce à l'Assemblée que le Docteur Aubine vient de lui adresser, pour raisons de santé, sa démission de Président du Syndicat pendant l'année 1886, et, après avoir exprimé tous les regrets que lui cause cette détermination, il invite la réunion,

conformément aux statuts, à procéder au renouvellement complet du bureau pour l'exercice 1886.

Sont successivement élus :

MM. ONFRAY-MÉTAIRIE, Président ;
BERRUÉ, Vice-Président ;
GUÉRIN, Assesseur ;
BIDARD, Secrétaire-Trésorier.

L'Assemblée nomme par acclamation M. le Docteur CÉZILLY, directeur du *Concours médical*, Président d'honneur, et espère qu'il voudra bien continuer au Syndicat de Domfront, les témoignages de dévouement et de bienveillance qu'il n'a cessé de lui prodiguer.

II

M. le Secrétaire-Trésorier fait l'exposé de la situation financière de la Société, qui se résume pour l'exercice 1885, de la façon suivante :

Recettes.................	202 fr. 50
Dépenses.................	231 fr. 85
Excédent de dépenses.....	29 fr. 35

M. le Président propose pour faire face au déficit de l'exercice 1885 et à l'augmentation de dépenses que va nécessiter l'impression des statuts, de fixer la cotisation de 1886 à 10 fr. par Sociétaire.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

III

M. le Président fait connaître à l'Assemblée que l'*Union des Syndicats de France*, dans sa réunion d'Août, a élevé à 2 fr. la contribution de chaque Sociétaire.

L'Assemblée, à l'unanimité, vote cette somme de 2 fr. ; en même temps, elle adresse au bureau de l'*Union des Syndicats*, et notamment au *Docteur Gibert*, l'expression de sa vive reconnaissance pour le concours moral et financier qu'il ont bien voulu apporter au Syndicat de Domfront dans son procès.

L'Assemblée remercie, en outre, le *Syndicat du Loiret* et le *Syndicat de Tours*, qui lui sont venus directement et pécuniairement en aide, et enfin l'*Association départementale des Médecins de l'Orne*, pour l'appui moral qu'elle a bien voulu lui prêter devant la Cour de Caen.

IV

L'Assemblée continue la discussion des statuts du Syndicat, commencée dans la précédente séance, et après un examen attentif, les adopte d'une façon définitive. *Le Secrétaire* : Dr BARRABÉ.

Comme vous le voyez, mon cher Confrère, notre Syndicat est définitivement réorganisé. Fondé depuis deux ans seulement, il a montré combien sont vivaces dans le corps médical les idées d'entente et d'union. A notre époque de lutte, n'est-ce pas, du reste, un besoin pour nous tous de nous unir et de nous prêter assistance. Cela est tellement vrai que nous étions un petit nombre à engager le procès de Domfront, et que nous sommes devenus légion pour le soutenir.

Avions-nous engagé ce procès à la légère? Non. Un rebouteur éhonté tenait cabinet ouvert les jours de marché, dans plusieurs villes de la contrée. Il y avait là un exemple frappant d'exercice illégal de la Médecine, et dans des conditions déplorables, inouïes pour la santé publique, comme vous le savez. Le parquet poursuivait d'office. Devions-nous assister indifférents ce fait rare de l'application des lois en notre faveur? Evidemment non. Une occasion unique se présentait à nous de savoir si, oui ou non, la loi du 21 mars 1884 nous était applicable ; nous devions en profiter. C'est ce que nous avons fait.

Si le résultat n'a pas répondu à notre attente, il a eu cela de bon, au moins, de nous faire connaître les mauvaises dispositions de la magistrature à l'égard du corps médical, d'éclaircir une situation légale douteuse, de nous unir tous plus étroitement que par le passé, et de nous prouver que la lutte pour la revendication de nos droits devait être plus énergique que jamais.

Les deux années de Syndicat qui viennent de s'écouler ont produit d'excellents effets. Ce n'est pas sans un vif sentiment d'orgueil que nous le constatons. Le dénouement heureux et facile de quelques conflits entre Médecins, le prestige médical augmenté, dans les deux villes les plus importantes de l'arrondissement, le relèvement des tarifs trop abaissés, l'application de la loi Roussel dans des conditions acceptables pour tous, voilà le bilan en gros des exercices 1884 et 1885. N'avons-nous pas raison d'être satisfaits?

Nous vous adressons, mon cher Confrère, un exemplaire des statuts révisés.

Nos premiers règlements avaient été faits à la hâte. Ceux-ci, tout en étant perfectibles, ont été plus étudiés.

Nos adversaires reprochent aux Syndicats d'aliéner la liberté du Médecin. Nos statuts sont un formel démenti à ces allégations. Entendons-nous cependant. Il y a une liberté que nos règlements nous interdisent, c'est la liberté d'être mauvais Confrère. Est-ce cette liberté qu'on réclame?

En résumé, mon cher Confrère, notre Syndicat a fait ses preuves. Il nous reste encore beaucoup à faire, mais le passé est un sûr garant de l'avenir.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président, Dr LEGALLOIS. *Le Vice-Président*, Dr ONFRAY-MÉTAIRIE.

Le Secrétaire, Dr BARRABÉ.

II

Syndicat médical de Lamballe.

Réunion du 13 septembre 1885.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Bidel.

Tous les membres du syndicat assistent à la réunion.

Admission. — Le Dr Martin de Moncontour est admis à l'unanimité. Le président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs,

« Ceux d'entre vous qui s'intéressent aux syndicats médicaux et à leur avenir, ont suivi avec intérêt le procès de Domfront, et ce n'est certes pas sans étonnement qu'ils ont appris que la loi de 1884 ne nous est pas applicable, que nos syndicats ne bénéficient pas de la personnalité civile.

Bien que vous connaissiez sans doute le beau et substantiel discours prononcé par M. Gibert (du Havre), à l'assemblée générale des Syndicats, je crois utile de mettre sous vos yeux les parties les plus saillantes et les plus pratiques de cette œuvre remarquable. (Discours du Dr Gibert, reproduit dans *Concours* du 22 août 1885, no 22, page 397).

« Comment répondrons-nous à l'arrêt injuste à nos yeux de la cour de cassation? en faisant de la propagande, en fondant des syndicats et en améliorant ceux qui existent. »

Je retiens ce dernier membre de phrase, car en ce qui nous regarde personnellement il est urgent, Messieurs, d'améliorer notre syndicat qui ne fonctionne peut-être qu'en apparence, et qui n'est une réalité complète que sur le papier.

Si nous voulons retirer un véritable profit de notre organisation syndicale, il faut, je vous l'ai déjà dit l'an dernier, appliquer vos statuts dans toute leur rigueur.

J'aime le langage du Dr Chédevergue de Poitiers: ce n'est pas des syndicats à l'eau de rose qu'il nous faut, mais des syndicats effectifs. Il faut qu'une décision de la majorité devienne une loi d'honneur pour tous.

Nous nous étions promis, Messieurs, non seulement d'envoyer chaque année notre note à tous nos clients indistinctivement, mais encore d'employer les moyens légaux pour nous faire payer tous les ans; nous nous étions en outre engagés à communiquer à nos confrères les plus voisins le nom de nos mauvais clients!... Que tous nous refusions nos soins à ces parasites qui nous exploitent à tour de rôle. (Je ne parle pas des pauvres bien entendu.)

Eh bien! avons-nous tenu notre engagement? Je serais bien heureux de recevoir une réponse affirmative.

Si c'est ainsi que nous exécutons nos statuts, que retirerons-nous de nos réunions syndicales outre le plaisir très grand, je l'avoue, de nous voir et de faire ensemble un joyeux dîner.

Ayant la bonne fortune de compter au nombre de nos membres syndiqués, M. le président de l'association des Côtes-du-Nord, prions-le de provoquer un vote de la Société des médecins destinés à presser le Bureau de l'Association générale d'insister auprès des pouvoirs publics pour que la loi sur les associations soit révisée en ce qui concerne les professions libérales.

Messieurs, le Dr Lande (de Bordeaux) a établi sur une base certaine une caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du *Concours médical*. Je ne peux trop engager nos confrères jeunes, à placer là leurs économies; avec un capital restreint, ils se procureront, à partir de 1894, une pension annuelle de 1.200 francs.

Messieurs et chers confrères, les pouvoirs de votre bureau sont expirés. Il vous remercie non seulement de l'honneur que vous lui avez fait, mais encore de l'extrême bienveillance que vous lui avez toujours montrée. Il vous prie de pourvoir à son remplacement.

Après une courte discussion sur les divers points énumérés dans le discours de M. le Président, tous les membres du Syndicat signent une pétition à MM. les Sénateurs et députés au sujet de l'interprétation de la loi du 21 mars 1884, sur les Syndicats professionnels.

On procède ensuite à l'élection du bureau. Les membres anciens sont réélus à l'unanimité pour 1886.

Le secrétaire-trésorier, J. Codet.

III

Très honoré confrère.

Dans un des derniers numéros du *Concours médical*, — celui du 9 janvier, — j'ai lu avec satisfaction les conclusions auxquelles s'est arrêté le *Syndicat médical de Coutras*, au sujet de l'établissement en France de la *statistique des causes de décès*.

Cette question, digne d'ainsi grand intérêt, ne pouvait manquer d'appeler mon attention, lorsque j'ai dû rédiger l'article STATISTIQUE MÉDICALE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Je suis heureux de constater que les conclusions du syndicat médical de Coutras ne diffèrent pas essentiellement des propositions émises par moi dans le dit article.

Il y a un point cependant sur lequel j'ai le regret de ne pas partager la manière de voir de nos confrères de Coutras. « Le Bulletin mortuaire, disent-ils, (conclusion 4°)... ne sera revêtu d'aucune signature ». — Mais alors il perd toute la valeur, quelle garantie en effet aurez-vous de l'exactitude des renseignements qui s'y trouvent consignés? — Mais le secret médical, objectera-t-on? — Eh quoi! moi, médecin traitant, j'aurai écrit de ma main, ou fait écrire sur un Bulletin mortuaire que M.... un tel,... demeurant telle rue,... tel numéro,... est mort de *Cachexie syphilitique*, par exemple et, par cela seul que je n'aurai pas signé mon Bulletin, je n'aurai pas enfreint la loi du secret professionnel? Certes! il aura été livré au quatre vents le secret professionnel, mais par une main anonyme. Cela est-il digne?

Ce qu'il faut, c'est que le médecin donne tous les renseignements nécessaires sur le décédé; que l'exactitude de ces renseignements soit attestée par la signature et que, cependant, il lui soit toujours possible de respecter la loi du secret médical, que je tiens autant que personne en extrême révérence.

Comment arriver à ce résultat? Admettez que le Bulletin mortuaire devra porter cette annotation:

« Le médecin traitant peut, lorsqu'il le juge indis-
« pensable, laisser en blanc la cause du décès. »

Les Bulletins blancs seront nuls pour la statistique: ce sera regrettable; mais il est telles circonstances où le silence est imposé et mieux vaut encore avoir des Bulletins blancs que des Bulletins mensongers. D'ailleurs, dans bien des cas, le médecin pourra tourner la difficulté, — et c'est lui qui en sera seul juge, — soit en indiquant la maladie par son seul numéro d'ordre dans la nomenclature des maladies causes de décès (cette substitution est, paraît-il, mise en usage depuis plusieurs années à Bruxelles et elle a parfaitement rempli le but qu'on se proposait), soit encore en se servant d'une dénomination ignorée du vulgaire. Les appellations nosologiques proposées autrefois par Piorry, pourraient trouver ici une heureuse application.

Telles sont, honoré confrère, les appréciations que me suggère la lecture du compte-rendu de la séance du 6 décembre 1885 du Syndicat médical de Coutras. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien les porter à la connaissance des abonnés du *Concours médical*, dont je suis, pour ma part, un lecteur assidu.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués. Dr H. Rey,

membre du *Concours médical*.

Médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Nota: Nous reproduirons dans un des prochains Bulletins, le Rapport de M. Verdalle, conseil judiciaire de l'*Association de la Gironde*, relatif aux certificats de décès. Les conclusions sont graves, contraires à celles des Syndicats de Coutras et elles méritent l'attention du Corps médical.

Le Directeur-Gérant: A. CÉZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Depuis nos revers de 1870, beaucoup de gens, en France, ont pensé ne pouvoir mieux contribuer au relèvement de notre pays qu'en prêchant l'imitation aussi exacte que possible de l'organisation allemande dans toutes les manifestations de la vie publique. On a d'abord dit qu'il fallait organiser notre armée comme celle de l'Allemagne, et cela pouvait être bon, puisque la nôtre s'était montrée inférieure. Mais on a déclaré ensuite que, la grandeur réelle d'un peuple ayant pour base la plus solide l'instruction publique, il fallait calquer la nôtre sur celle d'outre-Rhin, et cette fois on n'a peut-être pas eu raison. Ce n'est pas toujours la nation la plus cultivée intellectuellement qui triomphe sur les champs de bataille, et l'histoire prouve que certains vainqueurs n'ont su mieux faire que d'emprunter aux vaincus leur civilisation.

C'est en ce sens que plaide le vers classique,

Græcia capta ferum victorem cepit.....

En tout cas, avant de chercher à appliquer à un peuple tous les rouages organiques d'un autre, il est utile de faire deux réflexions. L'une, c'est que, parmi les rouages qu'on veut imiter, il en est de mauvais en eux-mêmes et dont ceux qui les possèdent seront les premiers à se débarrasser à la première occasion. La seconde, c'est que ce qui est très convenable pour les uns peut ne pas l'être pour les autres. Ce sont ces deux réflexions qui paraissent n'être pas venues à l'esprit des inspirateurs du décret du 28 décembre 1885, réglant la création d'un **Conseil général des Facultés** dans le ressort de chaque Académie ; cette création est probablement, d'après l'intention ministérielle, un acheminement à la restauration des Universités françaises, sinon comme elles existaient avant la Révolution, du moins à l'imitation des Universités allemandes.

Les attributions principales du Conseil général des Facultés, composé de représentants des Facultés et de certaines Ecoles de médecine, des Facultés de droit, des lettres et des sciences, sont de « veiller à établir entre les différentes facultés et écoles, la coordination nécessaire au bien des études et aux intérêts des étudiants, — de viser les programmes des cours et conférences de chaque établissement, et de s'assurer qu'ils contiennent les matières exigées pour les examens, — de donner son avis, lorsqu'une chaire devient vacante, sur le maintien, la suppression ou modification de cette chaire, après avis de la Faculté intéressée, — de proposer au ministre les règlements de la Bibliothèque universitaire, et, s'il y a lieu, des différentes sections de la bibliothèque, les bibliothécaires étant nommés par le ministre, et la bibliothèque étant, au premier chef, un de ces services communs par lesquels doivent s'unir les Facultés d'un même centre académique. »

C'est encore par ce décret que se trouve constituée, dans chaque Faculté, une Assemblée de la Faculté, « où entreront les agrégés chargés d'un cours rétribué sur les fonds du budget, soit de la direction des travaux pratiques. Cette assemblée a pour fonction principale de délibérer sur toutes les questions qui se rapportent à l'enseignement de la Faculté, notamment sur les programmes des cours. Elle nomme le doyen. »

On peut voir que ce décret semble avoir été inspiré par un double désir, d'abord celui de créer des liens entre les diverses Facultés ou Ecoles du ressort de chaque Académie, de façon à constituer une sorte d'organisme universitaire régional, auquel on accorderait un fantôme d'autonomie; d'autre part, de démocratiser dans une certaine mesure chaque Faculté, en introduisant certains agrégés dans l'Assemblée des professeurs, enfin, d'obliger les professeurs des diverses Facultés à exercer une sorte de contrôle sur leurs collègues des autres Facultés.

Il n'est pas douteux que les inspirateurs de ce décret ont obéi à des intentions excellentes, mais il ne semble pas que leur œuvre soit appelée à produire les heureux résultats qu'ils se sont promis, — et cela pour plusieurs raisons que M. le professeur *Le Fort*, dont la compétence est de premier ordre en pareille matière, vient de mettre en lumière dans un remarquable article (1).

M. Le Fort ne conteste pas l'utilité qu'il peut y avoir à faire des Universités où entreraient les Facultés de droit, des lettres et des sciences, qui ont des besoins et des désirs particuliers ; mais il proclame qu'il faut laisser en dehors de ces universités qu'on rêve de restaurer, souvent dans des villes d'importance secondaire, les Facultés de médecine « qui sont des écoles professionnelles, ayant des besoins absolument différents des autres Facultés, et ne peuvent exister que dans les grands centres industriels, là où il y a des hôpitaux et une population ouvrière, c'est-à-dire indigente, pour les remplir. » M. Le Fort ne croit pas possible qu'il y ait en France plus de cinq Facultés de médecine ; pour créer des Universités complètes, il faudrait donc ou réduire à cinq les Facultés de droit, des lettres et des sciences ; ce qui est impossible; ou doubler, tripler le chiffre des Facultés de médecine, ce qui l'est aussi.

On se demande d'ailleurs en quoi les Facultés de médecine bénéficient « de la proximité des cours de philosophie, littérature grecque ou romaine, de calcul différentiel ou intégral, de droit romain ou de procédure, » les étudiants en médecine n'ayant pas trop de tout leur temps pour fréquenter l'hôpital, les laboratoires et les salles de dissection.

A l'étranger, Angleterre, Allemagne, Russie, les écoles de médecine tendent de plus en plus à devenir indépendantes des vieilles Universités. On apprend la médecine à Londres dans les écoles libres et indépendantes annexées aux hôpitaux, et non à l'Université de cette ville. Ce n'est même pas à l'Université qu'on prend le plus souvent le titre professionnel qui donne droit à la pratique, mais devant les Collèges royaux des médecins ou des chirurgiens, qui n'ont rien de commun avec l'Université.

En Allemagne, les Facultés de Médecine sont en fait à peu près indépendantes des Universités dont elles font partie, et, si elles ont prospéré dans les grands centres, elles sont délaissées des étudiants dans les petites villes où elles se trouvent agrégées à telle Faculté de Droit, des Lettres ou des Sciences qui fait seule la renommée de l'Université.

Ainsi on peut citer, d'après Billroth, les Facultés de Médecine d'Erlangen, Heidelberg, Iéna, Giessen, etc., dont la plus fréquentée n'avait pas cent élèves.

Bref, M. Le Fort pense que, loin de rattacher les Facultés de médecine aux Facultés des lettres et de droit, le progrès véritable consisterait, au contraire, à les en séparer absolument, à les rendre autonomes, et à grouper autour d'elles toutes les institutions relatives à l'enseignement et à la pratique de la médecine aujourd'hui si éparses, réparties qu'elles sont entre trois ministères au moins (instruction publique, intérieur, commerce, et même justice).

Nous reviendrons quelque jour sur cette question de l'autonomie des Facultés de médecine.

Le diagnostic du **cancer de la plèvre** n'est certes pas facile. M. *Dieulafoy* vient d'en donner une nouvelle preuve à la SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX en citant l'observation suivante. Un jeune homme de vingt-deux ans, n'ayant pas d'autres

(1) *Gazette hebdomadaire de Méd. et Chir.*, 12 février.

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

Séance de novembre 1885.

(Suite)

— Le vieux major au moins y va carrément, dit Kœnig. A beaucoup d'égards, je partage sa manière de voir. Ainsi je n'irai certes pas, pour obéir judaïquement à une prescription légale, abdiquer les instincts généreux de ma conscience et laisser périr un innocent à la place du vrai coupable dont j'aurai pansé les blessures, parce que j'aurai pansé ses blessures...

— Beaucoup de légistes, voire de médecins, ne sont pas, sur ce point, de l'avis du vieux Major, fait observer Roguin, de Montferrand. Ils soutiennent au contraire qu'un médecin ne peut, dans aucun cas, se faire le dénonciateur de son malade.

— Même si ce malade est un assassin à la place duquel un innocent est exposé à périr ?

— Même dans cette hypothèse invraisemblable.

— Ces choses-là, dit Kœnig, c'est bon en théorie ; mais la pratique ne s'en accommoderait pas. Qui pourrait assister impassible à la condamnation d'un honnête homme, et tenir le scélérat qui a commis le crime, à l'abri de la sévérité des lois ! Qui pourrait assumer la responsabilité de laisser commettre une pareille erreur judiciaire ? Et cela pour obéir à un prétendu devoir de profession ! Mais ce serait sacrifier la morale à l'intérêt, la justice à une fantaisie déontologique ! Pour mon compte, je ne laisserais jamais consommer une aussi grave injustice. Je le voudrais, que mon cœur entrerait en révolte contre cette volonté.

— Kœnig a raison, dit Séverin. Ne laissons pas aveugler notre conscience par des sophismes. Car la doctrine que nous citait tout à l'heure Roguin n'est pas autre chose qu'un sophisme.

— Et pourtant, ajoute timidement le médecin de Montferrand, l'article 378 du Code pénal est formel. La loi

antécédents que quelques hémoptysies légères et des douleurs intercostales gauches, arrive à l'hôpital porteur d'un épanchement pleural assez abondant pour nécessiter la thoracentèse. La ponction laisse écouler un liquide brun rougeâtre, dont la nature *hémorrhagique* est attestée par un nombre considérable de globules rouges et une quantité importante de fibrine. L'état général du malade était excellent. Bientôt la dyspnée reparaît; on est obligé à pratiquer une nouvelle thoracentèse, qui fournit encore du sang en même quantité. Et on dut renouveler trente-deux fois la thoracentèse en l'espace de quelques mois, toujours l'épanchement se reproduisant avec les mêmes caractères hémorrhagiques. L'embonpoint ne diminuait guère, pas de fièvre, appétit conservé. Les seuls symptômes étaient dyspnée habituelle et intense avec redoublements par crises, douleurs persistantes dans les espaces intercostaux.

Quel diagnostic se posait? — Un hématome de la plèvre, c'est-à-dire un kyste sanguin résultant de la rupture des néo-membranes vasculaires (pachypleurite hémorrhagique, de R. Moutard-Martin)? — Mais, dans cette affection, le liquide cesse de se reproduire après plusieurs ponctions.

Une pleurésie hémorrhagique tuberculeuse? Mais le malade ne présentait pas de signes d'auscultation qui pussent faire penser à la tuberculose pulmonaire, il toussait à peine et on n'avait pas trouvé de bacilles dans ses rares crachats, pas plus que dans le liquide pleural, qui, inoculé à des cobayes, ne les avait pas rendus tuberculeux. — Il ne restait qu'à admettre le cancer primitif de la plèvre, aucun autre organe ne paraissant d'ailleurs lésé.

Après une période d'amélioration très marquée, le dépérissement du malade vint, les douleurs étaient combattues par la morphine à doses croissantes. L'épanchement ne se reproduisait qu'à peine, puisqu'on n'eut que deux ponctions à faire dans les derniers mois de la maladie qui en dura dix-huit. L'autopsie montra qu'il existait, en effet, de volumineux bourgeons cancéreux de la plèvre, de rares noyaux dans les poumons et dans le médiastin. Mais on en trouvait dans la colonne vertébrale qui expliquaient certaines douleurs pseudo-rhumatismales rapportées par le malade aux jointures bien que celles-ci n'eussent aucune lésion. On trouva aussi dans la cloison interventriculaire du cœur deux petits nodules cancéreux, par lesquels on crut pouvoir expliquer l'accélération insolite du cœur qui, chez ce malade sans fièvre, battait de 120 à 160 fois par minute.

Académie de médecine (16 février). M. Alphonse Guérin est venu rappeler qu'il est, au point de vue chirurgical, l'un des parrains de la doctrine des germes pathogènes. C'est bien lui qui, en 1870, a montré que le pansement ouaté bien fait met presque certainement les plaies à l'abri des complications de cause extérieure. Il ne peut donc laisser dire que la doctrine microbienne a vécu, sous prétexte que la formation de ptomaïnes et de leucomaïnes dans les tissus morts ou vivants peut expliquer certaines maladies. M. A. Guérin a rappelé les symptômes que, d'après Selmi, Gautier et Corona, produisent expérimentalement les alcaloïdes putréfactifs ou physiologiques chez les animaux. (Voir le N° 5 du *Concours médical*, communic. de M. Gautier).

On ne trouve parmi ces symptômes rien qui rappelle ceux qu'on relève en clinique chez les sujets atteints d'érysipèle ou d'infection purulente. Respiration ralentie, somnolence ou convulsions, perte de la contractilité musculaire, voilà le bilan des ptomaïnes. Où *sont* les *grands* frissons avec claquement de dents suivis d'un stade de chaleur et de sueurs, qui sont si connus des chirurgiens?

---

est la loi. Enfreindre la loi est un mal. « Le désir d'em« pêcher un mal plus grand ne peut légitimer un acte « coupable; et nul n'est assez sûr de lui-même pour met« tre sa conscience à la place de la loi (1). »

— Cela est très juste en thèse générale, dit Justus. Mais nous n'envisageons ici que les cas tout à fait exceptionnels. On est bien forcé quelquefois d'agir illégalement. Sans se mettre en peine des lois qui protègent la liberté individuelle, ne séquestre-t-on pas les fous furieux et les ivrognes? Au mépris de la loi Grammont, n'assomme-t-on pas un chien dans la rue pour l'empêcher de mordre des enfants?

Il serait fâcheux de ne voir que le côté sentimental de la question comme le fait Kœnig, car la raison ici se trouve d'accord avec le sentiment. Comme l'a écrit le vieux Major, l'idée de justice, c'est-à-dire la loi morale qui dirige la conscience universelle, doit avoir le pas sur le principe ou la loi qui sauvegarde les relations de société.

(1) *Concours médical*, nov. 1885. Discours de M. Bruno-Lacombe.

D'ailleurs, les confidences que nous fait un scélérat, ses aveux souvent involontaires, ne nous lient que dans une certaine mesure. Celui qui, par ses actes, s'est mis hors la loi, aurait mauvaise grâce ensuite à l'invoquer et à en réclamer les bénéfices.

— Et si vous aviez en traitement, honoré confrère, un meurtrier déterminé, un assassin qui a fait ses preuves, un forcené quelconque que vous savez bien résolu, une fois remis sur pied, à exterminer un poste de douane ou à dynamiter une caserne de gendarmerie, est-ce que vous respecteriez ses confidences?

— Je ne sais pas ce que je ferais.

— Moi, reprend Kœnig, je ferais part de ses projets aux autorités, en leur disant de se défier du malfaiteur qui met en péril la sécurité de mes concitoyens; et je ne croirais pas, en faisant cela, porter atteinte à l'ordre social.

— Bon! voilà qu'après nous avoir conseillé de dénoncer des convicts, les criminels de fait, vous nous croyez autorisés à dénoncer pareillement les criminels d'intention! Mais dans cette voie de dénonciation où nous arrêterons-nous?

Donc en ce qui concerne l'érysipèle et l'infection purulente, rien n'autorise à en attribner la paternité aux ptomaïnes en la retirant aux microbes. Mais peut être pour le tétanos, pour l'érysipèle bronzé, cette complication des plaies, qui n'est pas du tout un érysipèle, mais qui cause la mort des tissus comme le ferait une dose énorme de venin, pour l'infection putride qui est bien différente de l'infection purulente par ses lésions anatomiques comme par ses symptômes, quelque jour le mystère de leur pathogénie sera-t-il éclairci, grâce aux travaux de M. Gautier sur les alcaloïdes.

M. *Peter* réitère ses attaques contre le parasitisme. L'exemple qu'il cite avec prédilection est celui de la pneumonie. Avec la doctrine microbienne, on ne sait, dit-il, comment expliquer l'influence étiologique du froid, qui est prouvée dans un quart des cas. On n'explique pas non plus que la pneumonie soit tantôt bénigne et tantôt grave. Et l'endocardite végétante ? Dans l'hypothèse microbienne, comment expliquer que les microbes circulant dans le sang viennent précisément se fixer sur le point où le tourbillon est le plus violent ? M. Peter continue à croire que les microbes trouvés dans les tissus ou les humeurs des individus malades sont la conséquence et non la cause de leurs maladies, et il réédite une fois de plus la théorie des microzymas de M. Béchamp.

M. *Cornil*, que nous avons été heureux de voir intervenir, n'a pas eu de peine à montrer que toute l'éloquence de M. Peter venait se briser contre l'observation impartiale des faits. Nous remettons à la semaine prochaine l'analyse de son discours et une vue d'ensemble sur le débat dont il est opportun de bien poser les termes.

Paul Le Gendre.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement des luxations en arrière des phalanges sur les métacarpiens (1).

Les luxations métacarpo-phalangiennes en arrière présentent une fréquence assez notable; il n'est pas très rare de rencontrer dans les populations ouvrières ou rurales, de ces luxations du pouce qui n'ont pu être réduites et qui ont laissé des difformités plus ou moins grandes. On peut aussi être frappé du grand nombre d'appareils et de moyens qui ont été proposés pour guérir ces lésions. M. le Dr Farabeuf est le premier qui ait donné l'explication des difficultés que l'on rencontre pour réduire ces luxations, et dans un travail maintenant classique, publié en 1876, il a fait voir que le ligament glénoïdien de l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce ainsi que les os sésamoïdes, constituent l'obstacle à la réduction. Le Dr Jalauier, chirurgien des hôpitaux, vient d'étudier le même fait pour les autres articulations métacarpo-phalangiennes, à propos d'un cas de luxation récente et irréductible de l'index.

Il est très important de se bien rendre compte du mécanisme de l'irréductibilité, si on veut arriver facilement à corriger ces déplacements. La base de la phalange est rattachée à la tête méta-

(1) *Archiv. gén. de Médecine*, 1886, nº 2.

— Nous aurons pour guide et pour frein le bon sens interprétant consciencieusement la loi. La loi ne peut avoir en vue que le bien: elle est la régle courante suivant laquelle on doit se conduire dans les cas ordinaires. Mais si parfaite que soit cette règle, si correctement qu'elle soit formulée, elle ne saurait emprisonner la volonté. Il y a des cas où il serait impossible, odieux même, d'agir conformément à la loi écrite, sans manquer à la loi morale et à l'humanité. Aucune loi n'étant absolue, il y a toujours des circonstances qui en justifient l'infraction... Nous avons une conscience éclairée qui doit nous indiquer ces circonstances-là.....

— Et si notre conscience se trompe?

— Tant pis pour nous. Alors notre responsabilité entre en jeu.

— Heureux et bien avisés sont ceux qui savent se taire?

— Oui, c'est un don salutaire que d'être taciturne, fait Kœnig, puisqu'en ne disant rien on ne se compromet pas. La nature ne m'a pas pourvu de ce don-là. Je suis l'oiseau qui dit tout. Je n'irai jamais cependant jusqu'à devenir, par amour de l'art et dans un intérêt de simple police, le délateur d'un braconnier ou d'un contrebandier blessé dans une bagarre, ce que font volontiers les Allemands et les Anglais qui n'ont pas à cet égard le moindre scrupule, et pour qui l'espionnage et la dénonciation n'ont rien de répugnant. Il y a, je crois, une loi anglaise qui récompense le criminel qui dénonce ses complices. Je me croirais coupable de livrer à la justice un meurtrier réduit à l'impuissance et dont j'ai pansé les blessures; mais si un autre devait payer pour celui-là, je me croirais bien plus coupable de me taire.

— La cause est entendue. Admettons qu'un médecin soit excusable de violer le secret professionnel, pour empêcher un meurtre ou pour sauver la vie d'un innocent; mais peut-on l'excuser pareillement s'il commet cette violation pour favoriser ou pour empêcher un mariage?

— Ici encore, mes amis, c'est une affaire de tact et de conscience. Tenez les plus beaux raisonnements du monde, vous n'empêcherez pas qu'en fait tous les médecins n'aient commis cette indiscrétion une ou plusieurs fois dans leur vie. S'ils l'ont commise, c'est donc qu'ils ont cru bien faire ou qu'ils ne pouvaient faire autrement.

carpienne par des ligaments latéraux et un ligament antérieur. Celui-ci, très épais, s'attache très solidement au bord antérieur de la surface phalangienne, il est fibro-cartilagineux et contient, dans son épaisseur, des os sésamoïdes, deux constamment au pouce, un constant aussi, mais moins volumineux, pour l'index. Le ligament glénoïdien a une hauteur de 6 à 8 ou 10 millimètres; dans les mouvements d'extension et de flexion des phalanges, il suit toujours la surface phalangienne dans son déplacement sur la tête du métacarpien, et quand les deux os sont violemment séparés par une action traumatique, le ligament suit toujours la phalange. Si nous appliquons ces données physiologiques et expérimentales aux luxations, voici ce qui se produit: La phalange redressée et poussée en arrière, se déplace de façon à passer à la partie postérieure de la tête métacarpienne, elle entraîne le ligament, qui se sépare de ses attaches supérieures et parcourt la surface métacarpienne d'avant en arrière. Quand la phalange s'arrête au rebord postérieur de la tête métacarpienne, la luxation est incomplète, et facile à réduire; la plupart du temps, même, le blessé la réduit tout seul. Dans ces cas, la phalange se présente après l'accident, dans une extension forcée, relevée à 45° environ sur l'axe du métacarpien; le doigt présente l'aspect que l'on observe sur les sujets qui sont atteints de subluxation volontaire du pouce en arrière.

Mais à un degré plus avancé que va-t-il se passer?

La base de la phalange repose *à angle droit sur* le col ou même sur la face dorsale du métacarpien, on sent le tendon *fléchisseur déplacé en dedans* de la jointure, tandis que l'extenseur soulève la peau plus ou moins fortement. Le ligament glénoïdien, ayant suivi le phalange, se trouve placé de telle façon que sa face antérieure est devenue postérieure et que la postérieure qui regardait l'interligne articulaire, s'applique sur la partie dorsale du métacarpien et regarde, par conséquent, en avant. Pour l'articulation du pouce, l'os sésamoïde externe a suivi le ligament glénoïdien dans son déplacement; pour l'index le petit noyau osseux est placé de même; et comme à ce doigt, le ligament glénoïdien, conserve en dedans, des attaches solides qui l'unissent à celui du médius, il est entraîné un peu en dedans ainsi que la phalange, vers le second espace interosseux. Ces déplacements caractérisent les *luxations complètes* simples de M. Farabœuf. Qu'arrive-t-il le plus souvent?

Ou bien le blessé cherche lui-même à réduire ce déplacement, ou bien il se présente à un rebouteur ou à un médecin. Dans tous ces cas il arrive presque toujours que des tractions plus ou moins vives sont exercées sur le doigt déplacé, de façon à le redresser et à tirer en ligne droite dans l'axe du métacarpien. On arrive à fléchir le doigt, on corrige même le raccourcissement, mais la saillie de la tête métacarpienne persiste, l'articulation gonfle, devient très douloureuse, et finalement la luxation n'est point réduite; si on n'intervient de nouveau, une difformité notable, avec gêne des mouvements surviendra.

Que s'est-il passé, et pourquoi la luxation ne *s'est-elle point réduite?*

La manœuvre maladroitement conduite a renversé *la phalange* sur le métacarpien, le ligament

---

Je n'entends critiquer personne; mais les vieux médecins comme nous, soit dit sans arrière-pensée, voient peut-être mieux ce qu'ils ont à faire et autrement que les robins les plus subtils; parce que ceux-ci ne peuvent avoir qu'une conception théorique des difficultés auxquelles on se heurte dans l'exercice de notre profession.

— Mon Dieu, dit Kœnig, on n'est pas parfait. Nous péchons tous en quelque chose; si peu qu'on voudra, mais enfin nous péchons tous, prêtres, légistes, médecins... Les magistrats sont enclins à pécher par orgueil. Etant accoutumés de réprimander les gueux, ils ont une propension à réprimander aussi les honnêtes gens et à leur tracer des règles de conduite. Ne pourrions-nous pas, nous aussi, leur donner d'utiles conseils sur leur devoir professionnel, quand ils ont à l'exercer dans le domaine de nos actes médicaux? En ce cas, je leur dirais: N'exercez vos poursuites que s'il y a plainte du malade ou de sa famille; que si l'ordre social est mis en péril, ou que le sentiment public soit gravement offensé.

— Pour en revenir à cette immixtion, ou plutôt à l'intervention du médecin dans les mariages, il faut reconnaître qu'elle passe de plus en plus dans nos mœurs...

— Et c'est un *bien*.

— Requise par la famille de nos clients, cette intervention est honnête et honorable pour nous, on ne peut pas dire le contraire. Elle prouve l'estime dans laquelle on nous tient sous tous les rapports. Mais quelle mission, mes amis, délicate et dangereuse on nous confie-là! Si par une révélation, je fais rompre les pourparlers matrimoniaux, si la partie à laquelle j'ai cru faire service m'attribue exclusivement cette rupture, rapporte mal ce que j'ai dit, comme le bouc chargé des péchés d'Israël, je pourrai fuir au désert. Il me serait difficile après cela de revoir mes clients, qu'en pensez-vous?

(à suivre). Dr Perron.

glénoïdien a d'abord été pris entre les deux os, puis, sous l'influence des tractions exercées sur la phalange, il s'est complètement retourné, restant appliqué sur le dos du métacarpien et ne pouvant repasser au-dessus de la tête de cet os.

La luxation est devenue *complexe*. Dégageons maintenant les principes thérapeutiques de toutes ces notions. Pour réduire une luxation complète, et comme le dit Jalaguier, *vierge de toute manipulation maladroite ou nuisible*, il faut maintenir la phalange redressée, et même exagérer son redressement, puis faire glisser sa surface articulaire d'arrière en avant sur le dos et la tête du métacarpien et ne rabattre le doigt que lorsque le contact de la cavité glénoïde de la phalange avec la tête métacarpienne est parfait. Cette manœuvre s'exécute, soit en saisissant le pouce ou tel autre doigt déplacé, à pleine main, ou bien avec une pince solide spéciale, la pince à réduction de Farabeuf par exemple. Dans cette manœuvre on refoule le ligament glénoïdien qui précède alors la phalange et regagne sa place par une voie identique à celle par où il s'est déplacé.

Si, au contraire, on a affaire à une luxation complexe, on essaiera d'abord, après anesthésie, car ces manœuvres sont très douloureuses, de ramener la luxation complexe à l'état de luxation simple, en redressant le doigt à angle droit, en écartant autant qu'on le peut la phalange du métacarpien, afin de retourner le ligament glénoïdien. Mais pour peu que la luxation remonte à un ou deux jours, quelquefois seulement à quelques heures, ces manœuvres sont insuffisantes et il faut, ou bien abandonner le malade, ou user de procédés sanglants. On a proposé, dans ces cas, la section des tendons des fléchisseurs, la section des muscles sésamoïdiens, au pouce, celle des ligaments latéraux. Mais, en somme, tous ces moyens ne s'attaquent point à la cause unique de l'irréductibilité : l'interposition du ligament glénoïdien.

Il suffit de diviser ce ligament en pénétrant par la face dorsale de l'articulation. Cette petite opération peut se faire, soit à ciel ouvert, avec les précautions de l'antisepsie, soit par la méthode sous-cutanée. Tout l'honneur de son invention doit être attribuée à notre maître le Dr Farabeuf. Le professeur Verneuil l'a employée avec succès dans un cas de luxation complexe du pouce et le Dr Jalaguier dans son fait de luxation irréductible de l'index. Voici comment on doit pratiquer l'opération. Les points de repère sont la face dorsale du métacarpien et le bord postérieur de la cavité glénoïde de la phalange, ainsi que le tendon extenseur. Un aide immobilise la main et tient le doigt ramené exactement dans l'axe du métacarpien. Avec un ténotome fort, à courte lame et à pointe rabattue, le chirurgien ponctionne la peau à 2 centimètres du rebord phalangien sur le bord externe du tendon extenseur et il glisse cette lame vers la face articulaire de la phalange ; on relève alors le manche et, suivant avec la pointe la surface phalangienne, on vient couper le ligament glénoïdien, sur la face dorsale du métacarpien. La section doit avoir environ 1 centimètre de long, et on sent nettement la division du tissu fibreux sous la lame de l'instrument. Dès que la section est complète, on peut réduire avec la plus grande facilité la luxation.

On ferme ensuite la petite plaie avec du collodion iodoformé, et quand le gonflement de la jointure a disparu, on facilite la disparition des raideurs articulaires au moyen de mouvements bien ménagés et d'un massage régulier de la région. Somme toute, on peut conclure que, lorsqu'une luxation complexe n'a pu être réduite par les manœuvres *rationnelles* indiquées plus haut, on doit, à l'exclusion de toute autre opération, pratiquer par la méthode sous-cutanée, du côté dorsal de la jointure, la division complète et médiane du ligament glénoïdien.

Résection des os dans le traitement des pertes de substance des parties molles (1).

Il est quelquefois de larges pertes de substance qui ne peuvent complètement se réparer à cause de l'écart trop considérable qui existe entre les extrémités de leurs principaux diamètres. Quand elles siègent au niveau d'une région articulaire, du côté de la flexion, elles amènent une position vicieuse qu'il est très difficile de corriger ; dans les autres régions elles peuvent à la longue, grâce au repos et à des pansements appropriés, se cicatriser, mais la cicatrice est si fragile qu'elle s'ulcère avec la plus grande facilité, de là des ulcères rebelles récidivants ou incurables. La jambe est le lieu d'élection de ces lésions, et M. le Professeur Gosselin dans ses cliniques, en arrive à conseiller l'amputation du membre, pour échapper aux inconvénients d'une cicatrisation aussi défectueuse.

M. le Dr Martel (de Saint-Malo), membre du *Concours*, a songé, dans ces derniers temps, à employer un procédé moins radical, ayant pour but de diminuer la longueur des parties dures qui s'opposent au rapprochement des bords de la solution de continuité. Ayant à traiter un malade qui, à la suite de fracture compliquée de la jambe, avec écrasement suivi de sphacèle des parties molles, portait une plaie dont les bords ne pou-

(1) Académie de Médecine, 9 février 1886.

vaient se rapprocher, il institua l'opération suivante. Il pratiqua la résection de 7 centimètres 1/2 de tibia et de péroné; il sutura ensuite ces os avec de fort fil d'argent et rapprocha les parties molles. Un mois après cette intervention hardie, la plaie était presque complètement cicatrisée; trois mois après, la fracture était elle-même consolidée, et, depuis, le blessé marche facilement avec une chaussure munie d'une épaisse semelle de liège. Somme toute, le résultat est incontestablement bien meilleur qu'un beau moignon d'amputation et un appareil prothétique, si perfectionné qu'on puisse l'imaginer. La résection d'une portion osseuse, est, il est vrai, une opération sérieuse; mais, avec une antisepsie rigoureuse, on sait qu'elle a déjà notablement perdu de sa gravité ancienne.

Ce fait nous remet en mémoire une opération analogue pratiquée, en 1884, par un chirurgien allemand, Karl Lobker. Un homme de vingt-deux ans présentait une division déjà ancienne des tendons fléchisseurs des doigts, et des nerfs médian et cubital. L'écartement des bouts sectionnés était tel que la réunion était absolument impossible. Lobker intervint alors de la façon suivante. Au moyen de deux incisions, l'une sur le bord interne, l'autre sur le bord externe de l'avant-bras, il fut réséqué à 3 ou 4 centimètres au-dessus de la jointure, 5 centimètres du radius et du cubitus, puis réunit ces os au moyen de fils d'argent. Il sutura ensuite les tendons et les nerfs au moyen de fils de soie. Au bout de trois mois, la réunion osseuse était complète, et petit à petit, les mouvements des doigts purent être rétablis. Nous trouvons que la résection n'est pas indiquée aussi positivement dans l'écartement des tendons que dans les plaies du genre de celles que M. le Dr Martel a eu à traiter. La greffe tendineuse nous paraît beaucoup plus recommandable, à présent que l'on sait qu'elle donne des résultats très satisfaisants.

Opération de Porro et opération césarienne. (1)

Quand on se trouve en présence d'une femme arrivée au terme de sa grossesse, et dont le bassin est rétréci de façon à ne permettre aucune intervention par la voie vaginale, deux opérations peuvent être tentées. L'opération de Porro, qui consiste à ouvrir le ventre, ouvrir l'utérus et extraire le fœtus, puis à réséquer l'organe gestateur et ses annexes, à faire, en somme, une hystérectomie obstétricale devant préserver la mère de nouvelles grossesses qui l'exposeraient à de nouveaux dangers. L'opération césarienne consiste, comme chacun sait, à ouvrir le ventre, puis l'utérus; mais on laisse cet organe en place, après en avoir extrait le produit de la conception.

Dans un cas, dont il a adressé l'observation à la Société de Chirurgie, le Dr Délaissement, de Saint-Quentin, se trouva en présence d'une primipare, rachitique de 22 ans, dont le diamètre sacro-sous-pubien ne mesurait que 5 centimètres. La poche des eaux étant rompue, il se décida à faire l'opération de Porro. Ouvrant alors l'abdomen, au moyen d'une large incision, il énucléa l'utérus, l'ouvrit, et en retira un fœtus vivant, de 3.800 grammes. Il forma ensuite le pédicule et le fixa au dehors après l'avoir lié avec un double fil de très forte soie. La guérison se fit très régulièrement.

M. le Dr Lucas-Championnière, rapporteur de la précédente observation, se demande laquelle de l'opération de Porro ou de l'opération césarienne est la meilleure. Le statistique de Godson, sur l'opération de Porro, donne, sur 152 cas, 66 guérisons et 86 morts, soit une mortallité de 56 0/0. A quoi est due la mort ? Pour M. Lucas, il est bon d'observer que, le plus souvent, on ne peut l'attribuer à la péritonite ou à la septicémie; elle paraît plutôt due à des accidents de collapsus nerveux consécutifs à la ligature, et la section du pédicule utéro-ovarien. Les malades qui guérissent sont sujettes à certains accidents consécutifs: hémorrhagies rectales périodiques, éventration, vaginisme, engraissement notable.

Mais, en somme, tous ces accidents finissent par disparaître assez vite. D'une autre part, à la suite de l'opération césarienne, l'éventration est fréquente, les femmes peuvent subir une nouvelle grossesse et être exposées à la rupture spontanée de l'utérus. Aussi, M. Lucas-Championnière adopte-t-il les conclusions suivantes:

Dans les cas analogues à celui rapporté par M. Délaissement, l'opération de Porro est indiquée surtout à la ville, à l'hôpital, ou au médecin qui peut pratiquer une bonne antisepsie et qui connaît bien le manuel opératoire de l'hysterectomie.

L'opération césarienne, au contraire, est beaucoup plus facile pour ceux qui ne sont pas tout à fait au courant de la chirurgie abdominale. Elle peut se faire partout, à la campagne, presque sans aide, avec un outillage très simple. Elle peut toujours être utilement complétée par la suture des parois utérines.

Dr Barette.

(1) Société de Chirurgie, 3 février.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Proposition de Loi sur l'Exercice de la médecine, présentée par MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Lyonéais, Chavanne, Michou, Richard, (Drôme). Bernard Lavergne. Vacher, Députés.

(Suite et fin).

A l'instar de notre ancien collègue, aujourd'hui sénateur, M. Roger-Marvaise, nous demandons en définitive, simplement, que la France se mette sur le même pied que la plupart des nations du continent au au point de vue qui nous occupe. « Presque partout, faisait observer M. Spuller dans son rapport sommaire sur la proposition Roger-Marvaise, on exige des médecins étrangers qui se présentent pour exercer leur art, non pas des certificats de scolarité, mais un ou plusieurs examens probatoires devant les Facultés nationales ou devant les jurys spéciaux institués par la loi. »

De cet ensemble de considérations est sorti notre *article* 5.

Nous maintenons la disposition suivante relative aux frais, sur laquelle tous les membres de l'ancienne Commission étaient tombés d'accord :

« *Ils payeront les frais des deux examens qu'ils auront à subir et la soutenance de la thèse.* »

Exceptions.

L'article 5 n'est-il susceptible d'aucune exception? L'exception entraîne l'abus, voilà le danger. Nous avons vu cet abus se produire à propos de la prérogative dont jouissent encore aujourd'hui les médecins étrangers ou reçus à l'étranger ayant rendu de grands services à la science.

Il nous paraît que le mieux serait de les soumettre à la règle commune, laissant aux jurys d'examen le soin de concilier avec le respect de la loi les égards dus aux hautes situations médicales acquises.

M. le docteur Lunier est d'un sentiment opposé, et il est l'interprète de la Commission de l'Association générale des médecins de France. Il croit que l'avis conforme de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'Instruction publique, nécessaires pour que l'autorisation soit accordée par le Ministre, constitue une garantie suffisante.

Nous contredisons d'autant moins volontiers que l'opinion de notre éminent confrère fut adoptée par la Commission.

Cette exception admise, il était impossible de n'en pas faire autant pour les Français et les étrangers reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans nos stations thermales ou hivernales.

Ils contribuent en effet à leur prospérité sans nuire aux intérêts médicaux français.

Enfin il était nécessaire qu'une exception mutuelle visât les médecins habitant les zones frontières de deux pays limitrophes.

De là, la rédaction des cinq paragraphes qui constituent l'*article* 6 de notre proposition de loi.

Notre *article* 7 donne le droit à l'étranger, reçu docteur devant une Faculté de l'État français, d'exercer librement sa profession en France et aux colonies.

Ce droit découle du précédent. Par contre, il importe beaucoup que l'étranger ne soit admis à prendre ses inscriptions que sur la production soit des diplômes réclamés à nos nationaux, soit de diplômes équivalents.

Il nous a paru indispensable de réglementer ces conditions, ainsi que nous avons essayé de le faire dans notre *article* 8. Mettre sur le pied de l'égalité la plus absolue l'étudiant français, telle a été notre intention.

En nous reportant à certaines nécessités pratiques, relevant soit d'une épidémie soit d'obligations individuelles, nous avons cru devoir accorder des autorisations temporaires d'exercer la médecine aux internes des hôpitaux, nommés au concours ayant 12 inscriptions, et aux étudiants en médecine munis de 16 inscriptions. Cette disposition est inscrite dans notre *article* 9.

Médecins experts.

La médecine légale tend à prendre une place très considérable dans bon nombre d'affaires criminelles. Les réquisitions des autorités administratives et judiciaires sont de plus en plus fréquentes, et les questions posées au médecin-expert l'obligent à des investigations patiemment et longuement poursuivies.

Il en est résulté, pour le corps médical, une situation intolérable. Il ne se refuse point d'obtempérer aux autorités qui réclament l'intervention de son art; mais il entend établir la limite de son droit, et faire reconnaître le caractère spécial de son expertise.

Il demande que le caractère d'expert lui soit reconnu par la loi et que les tarifs humiliants de 1811 soient revisés dans ce sens.

Nous n'avons pas le courage de les reproduire ici.

Déjà M. le docteur Duffay, sénateur, avait étudié une proposition de cet ordre quand la nôtre intervint.

M. de Salvandy aussi avait abordé cette question dans l'article 26 de son projet de loi. Il n'admettait pas que le médecin pût jamais se soustraire à la réquisition du magistrat. Tel n'est pas notre sentiment.

Nous partageons l'opinion exprimée par M. le docteur Lunier dans la rédaction de sa proposition :

« Tout médecin, dit-il, lorsqu'il en est dûment requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative et judiciaire, en cas d'urgence absolue et de flagrant délit.

« *Dans toutes autres circonstances, il est libre de prêter ou de refuser son concours.* »

Il suffit, en effet, que le médecin ait conscience de la responsabilité qu'il assume et de l'incertitude des moyens scientifiques dont il dispose, pour que rien ne puisse le contraindre à agir contre son gré.

Nous admettons donc pour lui le droit de se récuser.

C'est dans ces sentiments que nous avons emprunté notre *article* 10 au projet du rapporteur de la Commission de l'Association générale.

Prescription des honoraires.

C'est seulement ici que peut trouver sa place l'examen de la question de la prescription par un an des honoraires des médecins, soulevée par quelques pétitions présentées au cours de la dernière législature.

Les pétitionnaires demandaient l'abrogation de l'article 2.272 relatif, comme l'article 2.271 du Code civil, à quelques prescriptions particulières, en ce qui concerne *l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicaments, qui se prescrivent par un an.*

Viennent ensuite, dans le même article, *les huissiers*, pour le salaire de leurs actes, etc.; *les marchands*, pour les marchandises qu'ils vendent aux particuliers non marchands; *les maîtres et patrons et autres maîtres, les domestiques.*

Bien que l'article 2.275 atténue la portée de l'article 2.272, en donnant l'autorisation de déférer le serment, sur la réalité de leur dette, à ceux qui opposent la prescription annuelle, il n'en est pas moins vrai que ce dernier article se retourne souvent contre les intérêts mêmes qu'il est destiné à protéger.

Tout sentiment de dignité mis à part, en quoi les honoraires des médecins ressemblent-ils aux salaires ou au prix de la marchandise?

La réclamation à brûle-pourpoint des honoraires, surtout dans la médecine rurale, est offensante pour nos mœurs et nos habitudes. Aussi, nous n'hésitons pas à réclamer pour les honoraires des hommes de l'art, la prescription quinquennale.

TITRE II

Conditions d'études. — Dispositions transitoires pour les étudiants.

A notre sens, aucune loi ne peut être modifiée que par voie de délibération parlementaire. Au Conseil d'Etat, au Conseil supérieur appartient le droit de préparer des projets de loi ou de dresser des réglements d'administration publique. Mais, nous le répétons, le régime républicain ne peut admettre qu'une loi soit altérée dans son texte ni dans son esprit, par une addition ou une soustraction quelconque.

Nous protestons contre les décrets qui empiètent sur les attributions du Parlement.

De ce que c'est par voie d'ordonnance royale que, à partir du 2 janvier 1823, a été exigé le diplôme de bachelier ès-lettres pour la prise de la première inscription de docteur à l'école de médecine; que c'est par décret que le baccalauréat ès-sciences physiques a été réclamé, dès le 9 août 1836, pour prendre la cinquième inscription, et plus tard le diplôme de bachelier ès-sciences restreint dès la première, il n'en résulte pas qu'on doive persister dans de tels errements.

Les conditions d'études sont inscrites dans la loi de l'an XI; on les trouve dans le projet de loi de M. de Salvandy, de 1847, et dans celui adopté par la Chambre des Pairs de cette époque.

C'est dans une proposition de loi seulement qu'une place doit leur être réservée.

La durée actuelle des études nous semble devoir être maintenue.

Nous acceptons aussi l'obligation de produire le diplôme de bachelier ès-lettres pour l'étudiant qui veut prendre sa première inscription de médecine. Où se rencontrent des opinions différentes c'est sur le point de savoir s'il est utile de réclamer le diplôme de bachelier ès-sciences restreint, et de l'exiger dès la prise de la première inscription, ou seulement dès la cinquième. — D'où trois questions à examiner.

Et d'abord, n'est-il pas vrai que certaines matières sont communes aux deux baccalauréats, et, ceci reconnu, qu'on est mal fondé à revenir sur des matières qui ont été l'objet du baccalauréat ès-lettres? On est tombé d'accord pour ce qui a trait aux lettres. Le candidat au baccalauréat ès-sciences restreint, sur la production de son diplôme de bachelier ès-lettres, est dispensé de la version latine et de tout ce qui a trait aux langues. Pourquoi ne pas pousser la logique jusqu'à l'arithmétique, à l'algèbre et à la géométrie, sur lesquels l'élève est censé avoir été interrogé lorsqu'il a obtenu son premier dipôlme? Sont-ce là des sciences si nécessaires au futur médecin, qu'il faille l'y ramener une seconde fois? Non. Il y a donc déjà beaucoup à dire sur le baccalauréat ès-sciences lui-même; et on y est d'autant plus forcé que le côté scientifique du programme du baccalauréat ès-lettres a été plus étendu.

Que reste-t-il dans l'esprit de tant de connaissances accumulées! Rien ou presque rien. Et alors, que de temps perdu ou mal employé!

Nous ne voyons pas, en l'état actuel des choses, la nécessité d'exiger le baccalauréat ès-sciences restreint.

Mais nous trouvons absolument excessif qu'on l'exige dès la première inscription. Cette exigence fait perdre presque toujours *un temps d'autant plus précieux* que l'obligation du service militaire va prendre deux ou trois ans à l'étudiant en médecine.

La question de la suppression ou du maintien du baccalauréat ès-sciences restreint a été posée par M. *Duvaux*, Ministre de l'*Instruction publique*. Voici les réponses qui y furent faites par les Conseils académiques, les Facultés de sciences, les Facultés de médecine, les Ecoles de plein exercice, les Ecoles préparatoires:

Pour la suppression	30	Ecoles et Facultés de médecine:	
Contre	22	Pour la suppression	17
Douteux	5	Contre	7

L'intérêt médical étant seul en question, voici les réponses fournies par les corps médicaux:

	Pour	Contre
Facultés de médecine	3	3
Ecoles de plein exercice	2	0
Ecoles préparatoires	12	4
	17	7

Conformément à l'opinion d'une grande majorité, nous pourrions conclure à la suppression. Si la question de la production de ce deuxième diplôme, au moment de prendre la cinquième inscription avait été posée, nul doute qu'elle eut réuni une majorité plus considérable encore.

Par égard pour la Commissions parlementaire, dont nous avons eu l'honneur de faire partie, nous reprenons à notre compte son *article* 12.

Nos *articles* 13 *et* 14 assurent le respect des situations acquises par les élèves qui étudient en vue de l'officiat; ils protègent les prérogatives qui y sont attachées, afin d'arriver à l'unification des deux ordres de médecins.

TITRE III

Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités.

L'exercice régulier de la médecine résulte d'un monopole que l'Etat accorde aux individus remplissant certaines conditions déterminées. Ce n'est pas le lieu de discourir sur la question de la liberté absolue de l'exercice de la médecine. Nous sommes en plein dans la réalité de la réglementation de la profession de médecin, puisque nous essayons d'améliorer la loi qui détermine les attributions du corps médical.

Dans une telle situation, celui-ci a le droit de se plaindre d'un manque de protection réelle. Les tribunaux se font pour ainsi dire les complices des charlatans et des médicastres. Les congrégations religieuses augmentent leur considération et leur clientèle au détriment de celle du médecin, auquel elles se substituent trop souvent.

Tout cela n'est point nouveau. Il existe une sorte de tolérance qui est un encouragement scandaleux à un délit prévu et puni par nos lois. Celles-ci, et plus particulièrement celle du 19 ventôse an XI, favorisent singulièrement l'indulgence du juge.

Nous en somme convaincus, si sévère qu'on soit, on n'arrivera jamais à supprimer absolument l'exercice illégal de la médecine. Mais nul doute qu'une pénalité plus sévère en imposerait davantage, surtout si les parquets étaient tenus à plus de vigilance et les associations médicales autorisées à requérir des dommages et intérêts au profit de leurs membres.

Au Congrès médical de 1845, le professeur Malgaigne dénonçait des curés du département des Vosges appliquant des pessaires et pratiquant des accouchements. MM. Tardieu, Lefort, Gavarret, Proust, etc., ont montré ce qu'a de honteux pour notre époque le trafic de remèdes et de recettes exploités par les congrégations, sous l'estampille hypocrite de la charité et de la religion.

Dans l'*article* 15 de notre proposition, nous avons caractérisé le fait de l'exercice illégal de la médecine « par l'habitude de conseiller un mode de traitement, l'usage de substances représentées comme capables de guérir, enfin par des manœuvres ou opérations ayant le même but. »

Jusqu'ici la caractéristique de ce délit était, pour les magistrats, la délivrance d'ordonnance. C'est là un signe qui fait souvent défaut. Les rebouteurs n'ont, la plupart du temps, pas d'ordonnances à délivrer, et beaucoup de médicastres ne savent même pas écrire.

Dans notre *deuxième paragraphe*, nous avons voulu atteindre les personnes de l'art qui sortent de leurs attributions et, mieux encore, les hommes qui deviennent complices de ceux qui exercent illégalement la médecine, en couvrant de leur signature les prescriptions de ces derniers.

Tous les articles ont été rédigés de façon à punir la faute et la récidive proportionnellement à la gravité du délit.

Nous nous sommes tenus, en fait de pénalité, entre la répression insuffisante de la loi de l'an XI et de la jurisprudence qui en a découlé, et la sévérité outrée du projet de M. de Salvandy. Dans notre article 17, nous avons visé directement toutes les usurpations de titre, dont on use impunément aujourd'hui ; nous avons voulu frapper cette pratique fâcheuse, trop répandue parmi les officiers de santé, qui consiste à acquérir le titre de docteur dans une Faculté allemande, américaine ou autre, et à se parer désormais d'un titre sans valeur au point de vue scientifique, mais non sans importance au point de vue de la considération qui s'y attache et des bénfices qui en résultent.

Notre pensée n'est point d'empêcher qui que ce soit d'acquérir des titres étrangers, mais il importe à la vérité et à la bonne foi surprise que ce titre porte son origine, afin que nul ne se méprenne sur son importance et ne le confonde avec le titre français.

Incapacités.

Au projet de M. de Salvandy, nous avons emprunté en partie les articles relatifs aux incapacités. Ici encore, nous nous sommes montrés moins rigoureux que le ministre de 1847.

Nous avons affranchi de l'incapacité les condammés pour délits ou crimes politiques, ce à quoi n'avait point voulu consentir la Chambre des Pairs.

L'incapacité découle de l'indignité. Ce ne sont pas seulement des garanties de savoir que la société réclame du médecin, elle a droit à ce que des gages de moralité lui soient présentés.

Tandis que M. de Salvandy frappait d'incapacité perpétuelle le médecin qui avait été condamné à une peine afflictive ou infamante, à l'instar de la dernière Commission, nous nous sommes demandés à quelles conséquences on serait conduit par une sévérité excessive. Celui qui, par la peine du dommage qu'il lui a causé, doit-il rentrer dans son sein revêtu d'une indignité perpétuelle, dont rien, ni la douleur ni le repentir, ne pourra le dépouiller ?

Nous ne l'avons pas pensé.

Toutefois, il nous paru téméraire d'établir *a priori* les cas importants d'incapacité absolue ou temporaire, nous en remettant aux tribunaux du soin de leur application.

Sur l'exposé de ces motifs, nous avons l'honneur de présenter à la Chambre des Députés la proposition de loi ci-après :

Suit le projet de loi.

Création d'un fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose.

A M. LE DOCTEUR LEREBOULLET, RÉDACTEUR EN CHEF DE LA « GAZETTE HEBDOMADAIRE »

Mon cher ami,

La lettre que vous allez lire était adressé à notre cher et regretté Dechambre : sa brusque maladie en a fait différer l'envoi ; sa mort aujourd'hui me force à en changer la suscription. Mais, sachant combien vous êtes pénétré de l'esprit de notre vieux maître, et désireux de perpétuer ses tendances libérales, je m'adresse en toute confiance à vous et à la rédaction de la *Gazette*, afin d'avoir assistance morale et matérielle pour une idée que j'ai eu le bonheur de voir adoptée par ceux de mes collègues et amis de la Faculté auxquels je m'en suis ouvert, et dont vous lirez plus loin les noms.

Voici ce dont il s'agit :

Les recherches de la médecine française contemporaine n'ont pas seulement jeté une vive lumière sur l'étiologie, la nature et la pathogénie des maladies infectieuses ; elles nous ont encore mis sur le chemin qui conduira tout à la fois à leur extinction et à leur guérison. En effet, tandis que Villemin et Davaine nous apprenaient à créer à volonté la tuberculose, le charbon et la septicémie, Pasteur, au nom duquel il n'est plus besoin d'ajouter d'épithète, Pasteur, dis-je, arrivait d'abord à préserver les animaux contre certaines maladies infectieuses, pour gagner bientôt ce sommet inespéré où l'on guérit l'homme lui-même d'une des plus redoutables affections qui puissent l'atteindre.

Sauver un rabique est un miracle qu'on réalise aujourd'hui à volonté dans le quartier du Panthéon ; mais, pendant les deux mois qu'exige la cure, s'imagine-t-on combien de tuberculeux succombent, à Paris seulement ? Deux à trois mille environ, presque tous enfants, adolescents ou jeunes adultes, la force vive, l'espoir de la nation. Or, pour la prévention ou la guérison de la tuberculose, la physiologie et la pathologie expérimentales n'ont pas encore fait grand'chose. Que pourront-elles faire dans la suite ? En vérité, je n'en sais rien ; mais, comme je suis optimiste décidé, j'ai foi dans l'avenir. Je suis trop vieux pour me mettre moi-même à la besogne, mais je puis faire remarquer que les chances de succès ne sont véritablement pas trop défavorables. En effet, quand il s'agit d'un charbonneux ou d'un enragé, à peine a-t-on le temps de reconnaître le terrain, de chercher les doses du parasiticide et les voies par où on pourra le faire pénétrer ; si l'on s'arrête pour réfléchir et observer, le moment opportun passe et le patient est emporté.

Pour la tuberculose, les délais sont infiniment plus longs. Entre le moment de l'invasion, si incertain qu'il puisse être, et l'heure de la mort, des mois, sinon des années, s'écoulent. Chez les animaux qui servent de champ expérimental, on a un temps notable devant soi pour instituer, varier, modifier les essais, et l'on peut même commencer la prophylaxie avant l'infection, puisqu'on connaît rigoureusement la date de cette dernière.

Donc il faut chercher, chercher encore, chercher longtemps, chercher toujours ; mais comme la recherche clinique, instituée depuis des siècles, n'a donné que de maigres résultats, force est de s'adresser à l'expérimentation, en mettant à profit, soit les procédés qui ont déjà fait leurs preuves pour d'autres maladies parasitaires, soit d'autres procédés à découvrir si les premiers se montrent impuissants. Je n'ignore pas que des essais déjà tentés dans cette direction sont restés infructueux ; mais l'importance du sujet mérite bien qu'on y revienne, qu'on s'y arrête même, et avec d'autant plus de raison : 1° que la nature, par ses propres forces, guérit quelquefois la tuberculose ; 2° que l'on connaît fort bien les procédés curatifs qu'elle emploie en pareil cas ; 3° qu'enfin l'art lui-même réalise parfois la cure complète de certaines tuberculoses locales : les abcès froids, par exemple.

Mais pour expérimenter pendant des mois et des années, il faut plusieurs choses, à savoir : des travailleurs, un outillage, une direction et de l'argent. On trouvera bien des travailleurs, car même à notre époque où l'on poursuit surtout le résultat productif, il est encore des hommes qui se passionnent pour la science et pour la gloire. Toutefois, comme la bonne volonté ne suffit pas, et que, tout disposé qu'on soit à donner son temps et ses peines, on peut être dénué de ressources et novice dans l'art difficile de l'expérimentation, il convient de fournir aux néophytes les instruments du travail et aussi de leur montrer la manière de s'en servir. Sous ce rapport, nous sommes munis, car notre collègue Cornil mettrait à la disposition des chercheurs son laboratoire, ses appareils et surtout sa grande expérience sur la question. Nos amis Bouchard, Potain, Damaschino, Grancher en feraient certainement autant.

Reste l'argent, nerf des luttes pacifiques comme de la guerre sanglante, et qu'il faut posséder non pas seulement pour récompenser les découvertes faites, mais encore pour entreprendre, continuer et mener à bien les moindres recherches ; de l'argent pour acheter, loger et nourrir les animaux ; pour rémunérer les serviteurs qui les soignent ; pour établir des stations expérimentales à la campagne, en plein champ, dans les bois ; au bord de la mer, vers le Nord, comme à Berck ; vers le Midi, comme à Arcachon ; en un mot, dans des points où du moins les essais curatifs ne seraient point compromis ni obscurcis par la mortalité extrême qui frappe les animaux dans les laboratoires malsains des grandes villes. Là nous aurions, avec les conseils des maîtres, qui voudraient bien rédiger un programme et indiquer la route à suivre, l'assistance précieuse de Cazin, de Thaon, de Daremberg, de Roustan, de Moreau et des jeunes professeurs de nos écoles secondaires civils ou militaires.

Pour se procurer cet argent, on ouvrirait une souscription pour laquelle la *Gazette hebdomadaire*, et certainement aussi d'autres organes de la presse médicale et scientifique prêteraient l'ap-

pui de leur publicité et dont notre éditeur Georges Masson voudrait certainement bien encaisser les produits. Nous avons quelque espoir que la récolte serait abondante ou au moins suffisante pour cela, nous nous ferions volontiers solliciteurs auprès de nos collègues, de nos confrères, des sociétés savantes auxquelles nous appartenons, voire même des pouvoirs publics.

Les gens du monde ouvriraient peut-être leur bourse en notre faveur; peut-être aussi l'idée séduirait-elle quelque âme généreuse, comme M. Pasteur vient d'en rencontrer, et qui sait si une mère ayant perdu déjà quelque enfant par la tuberculose ne verserait pas sa contribution dans l'espoir qu'on trouverait le moyen de sauver ou de préserver le reste de sa progéniture.

Si, par aventure, la richesse nous arrivait, nous n'en serions point embarrassés. Les sommes successivement versées seraient employées à subventionner soit les mêmes travailleurs, soit de nouveaux expérimentateurs offrant des garanties sérieuses ou apportant déjà des ébauches expérimentales d'une certaine valeur.

Les Sociétés savantes recevront certainement avec empressement les communications indiquant la marche et le progrès de l'œuvre expérimentale; mais si notre opulence le permettait, nous aurions aussi un historiographe pour signaler au jour le jour à nos ouvriers les essais faits chez nous ou à l'étranger, et qui pourraient les éclairer et de leur faciliter la besogne.

Supposons enfin que le but soit atteint et que, dans quelques mois ou quelques trimestres, un de nos compatriotes, heureux mortel! nous présente un lot de six lapins dûment guéris d'une tuberculose inoculée ou rendus réfractaires à toute inoculation tuberculeuse: alors nous nous ferions une fête de vider dans la poche du fortuné chercheur tout le contenu de notre caisse.

Verba, c'est bien; *acta*, c'est mieux; pour donner le bon exemple, mes collègues et moi nous versons demain, collectivement chez M. Georges Masson, la somme de 3.000 francs qui, en partie ou en totalité, sera aussitôt mise à la disposition de MM. Cornil, Bouchard, ou autres, en mesure de se mettre le plus tôt possible à l'œuvre.

A. Verneuil.

Ont souscrit: MM.

MM. Bouchard........	300 francs.
Brouardel.......	»
Charcot.........	»
Cornil...........	»
Damaschino......	»
Fournier........	»
Grancher........	»
Lannelongue.....	»
Potain..........	»
Verneuil........	»

Nous invitons les membres du *Concours médical* a adresser leurs souscriptions à M. *Lereboulet*, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire*, 44, *rue de Lille*.

JOURNAUX ÉTRANGERS

I

Cas de folie passagère à la suite de l'opération de la cataracte. — Le docteur Landesberg rapporte dans le *Medical and surgical Reporter*, deux cas de folie passagère à la suite de l'opération de la cataracte. Il s'agit d'hommes robustes et sobres, âgés l'un de 65 ans, l'autre de 57 et qui, tous les deux, furent pris, trois jours après l'opération, de désordres intellectuels, avec délire locomoteur, sans que le pouls ni la température indiquassent rien d'anormal. Le premier resta complètement fou pendant 13 jours, malgré le traitement auquel il fut soumis, et qui consista en injections de morphioe et en potions au chloral. Le second guérit 4 jours après le début de sa folie grâce à des injections sous-cutanées d'hyosciamine cristallisée. Quelle est la cause de cet étrange phénomène? Il est probable qu'on peut l'attribuer à l'impression produite par l'opération, au changement de manière de vivre, à l'absence brusque des sensations extérieures perçues habituellement par la rétine.

II.

Pneumonie goutteuse. — Le docteur Thomas cite dans la *Lancet*, le fait suivant:

Un homme, qui avait eu de fréquentes attaques de goutte, fut pris soudainement de frisson et de fièvre avec accompagnement d'une toux opiniâtre. Il présentait à l'auscultation tous les signes de la pneumonie et, vers le huitième jour, fut en proie à un délire intense. On le regardait comme perdu, lorsque, dans la nuit du huitième au neuvième jour, il ressentit, tout à coup, une douleur excessivement vive au gros orteil droit, qui était rouge et enflé. En même temps, les symptômes de pneumonie s'amendaient et le lendemain la matité avait presque disparu, en même temps que la crépitation. Le gros orteil resta douloureux trois longs jours et guérit ensuite. Je suis persuadé, dit le Dr Thomas, que bien des pneumonies ne sont que des manifestations pulmonaires de la diathèse goutteuse et il importe de ne pas l'oublier dans le traitement.

(*Médical reporter*).

Dr Ruelle

BIBLIOGRAPHIE

A LA LIBRAIRIE O. DOIN, 8, PLACE DE L'ODÉON PARIS.

De la prophylaxie et du traitement de la phthisie pulmonaire par les climats d'altitude, par le Dr L. Deligny.

Utilité de la médication antipyrétique (Kaïrine, Antipyrine, Thalline), par le Dr Henri Desplats, Professeur de clinique médicale à la Faculté libre de Médecine de Lille, Médecin de l'hôpital de la Charité.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

MM. Moutard-Martin et Nicaise, représentants du corps médico-chirurgical des hopitaux de Paris dans le conseil de surveillance de l'assistance publique, ont adressé au directeur général des propositions tendant à modifier les concours de fin d'année des internes des hopitaux, dits concours de médailles. Ceux qui sont au courant de cette question savent que ces concours sont devenus une simple formalité pour la grande majorité des internes, au lieu d'être un stimulant à l'étude. Les raisons de cette indifférence sont de plusieurs ordres et si évidentes que, depuis plusieurs années, les membres des jurys ne manquaient jamais de les signaler à l'administration — qui n'en avait cure. Il faut espérer que cette fois enfin, grâce au concours de la presse qui semble avoir pris la chose à cœur, l'administration se laissera convaincre.

Par suite d'un article 57 du règlement suranné qui régit le service de santé des hôpitaux de Paris (il date de 1842), les internes n'étaient, en réalité, nommés que pour deux ans, et deux années complémentaires leur étaient accordées par prorogation, comme récompense de leurs bons et loyaux services pendant les deux premières années. Le concours de la fin de la seconde année était là pour permettre d'exclure les paresseux, s'il y en avait eu. Il est probable qu'il n'y en a jamais eu, puisqu'on n'a jamais privé un interne de ses deux années supplémentaires. Dès lors, on ne concevait plus la nécessité de ce concours de seconde année, dit de la médaille d'argent. MM. Moutard-Martin et Nicaise proposent donc, avec raison, de le supprimer, ainsi que l'article 57, qui sera remplacé par un autre portant que les internes sont nommés pour quatre ans.

Le concours, dit de la médaille d'or, qui, à la fin de la quatrième année, était obligatoire, offrait comme récompense unique à l'heureux triomphateur le droit de prolonger de deux ans son séjour dans les hôpitaux avec la faculté de passer sa thèse, de choisir les deux services qui lui conviendraient, en dépossédant ou en *luxant*, suivant le terme consacré, les deux jeunes collègues qui avaient été agréés à l'avance par les chefs de ces deux services, et enfin de prendre part immédiatement aux concours pour le bureau central, sans avoir comme les autres anciens internes une année de doctorat révolue. Ce sont là des avantages considérables, presque exorbitants puisqu'ils portent préjudice à deux autres internes. Pourquoi cependant les concurrents étaient-ils devenus de moins en moins nombreux?

D'abord, parce que, le concours étant commun aux futurs médecins et aux futurs chirurgiens, il fallait, pour s'y présenter avec quelque chance de succès, s'y être préparé pendant quatre ans, en étudiant également les questions de chirurgie et de médecine, et même d'obstétrique. Or, en vue de se préparer plus complètement à la pratique, l'immense majorité des internes ont pris le parti de se spécialiser dès le début de leur internat, les futurs médecins faisant tout au plus un peu de chirurgie, et les futurs chirurgiens, un peu de médecine en première année. Celui qui voulait se mettre sérieusement sur les rangs pour la médaille d'or, était obligé de s'imposer un incessant travail de révision des questions et d'entrainement qui l'empêchait souvent de poursuivre d'intéressants travaux originaux.

Une autre raison qui dégoûtait les internes de se présenter à ce concours, c'était l'inégalité con-

sidérable qui existait entre les avantages pratiques faits au lauréat — médaille d'or et les vaines satisfactions de vanité attribuées aux trois autres lauréats.

Travailler pendant quatre ans pour risquer de n'obtenir, si on tombe sur une question peu avantageuse, qu'une pièce de cinq francs n'ayant pas cours parce qu'elle a été frappée au nom de l'assistance publique et porte le nom du lauréat, ou mettre dans sa bibliothèque quelques volumes de plus, est une perspective qui ne tentait plus guère que deux ou trois internes de chaque promotion.

M. Doléris, médecin accoucheur des hôpitaux, membre du dernier jury du concours pour les médailles, avait, dans un très bon discours (que le *boucan* malencontreux de quelques-uns des assistants avait empêché d'entendre, mais qui, heureusement, a été publié depuis), pris l'initiative de proposer deux réformes qui sont appuyées par MM. Moutard-Martin et Nicaise. La première, c'est de remplacer le concours de la médaille d'or par un concours qui aurait pour but l'obtention de **bourses de voyages**, de bourses d'études à l'étranger. Ces bourses seraient au nombre de quatre par année : *deux pour les internes en médecine*, *deux pour les internes en chirurgie*.

« Les bourses devraient permettre à l'élève de faire à l'étranger, non pas un simple voyage, mais un séjour de deux ans, indispensable pour bien apprécier les idées, les méthodes, et les moyens matériels dont disposent les savants des pays voisins. Le concours comporterait donc des épreuves communes à tous les candidats, *puis des épreuves spéciales pour les internes en médecine et d'autres pour les internes en chirurgie*. Il y aurait alors un classement des internes en médecine et un autre des internes en chirurgie. » Rien n'est en effet plus désirable, et nous espérons bien que M. Peyron accédera à des propositions si évidemment sensées.

Nous avions depuis longtemps déjà indiqué la nécessité de faire voyager un peu les plus distingués parmi nos étudiants. (*Le libre échange des internes*, *Concours médical*; 1885).

Si nos confrères de la presse veulent bien venir à la rescousse comme le *Progrès médical*, la *Gazette hebdomadaire*, et comme nous le faisons nous-même, l'affaire réussira.

Académie de médecine. — Suite de la dicussion sur le rôle respectif des **microbes et des alcaloïdes** physiologiques ou pathologiques dans la genèse des maladies.

M. *Péter* avait (16 février) cité deux exemples, qu'il croyait propres à convaincre ses adversaires, de la nullité du rôle joué par les microbes, celui de la pneumonie dans l'étiologie de laquelle le froid figure dans le tiers des cas, et l'endocardite ulcéro-végétante, dans laquelle il lui semblait paradoxal que les micrococcus se localisassent précisément sur le point du système circulatoire le moins propre, au point de vue mécanique, à favoriser leur stagnation.

M. *Cornil* avait répondu que le froid agit seulement à titre de cause occasionnelle dans *un tiers* des cas, parce qu'il déprime l'organisme comme beaucoup d'autres causes banales, mais que dans *toutes* les pneumonies, il existe un nombre colossal de bactéries caractéristiques par la forme lancéolée et les capsules d'enveloppe que Friedlænder et Talamon ont décrites avec des différences peu considérables.

Ces organismes ont été trouvés dans la salive de l'homme à l'état normal. Cela prouve seulement qu'on leur résiste en bonne santé ; mais, survienne une cause de dépression de l'organisme, le froid par exemple, ils envahissent les voies respiratoires et y pullulent en donnant naissance aux lé-

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

Séance de novembre 1885.

(Suite)

— Il est bien évident, dit Justus, que si nous envisageons la question, les uns au point de vue de nos intérêts, les autres au point de vue de nos devoirs et de nos droits, nous pourrons différer du tout au tout dans nos conclusions. En ce cas la discussion n'a plus d'objet.

Nous sommes parfaitement libres de nous dérober, si nous voulons, derrière le secret médical. Notre dignité ne s'y oppose nullement et la légalité nous le permet.

Le secret médical, pour un homme avisé, coupe court à toutes les situations embarrassantes.

Il y e a qui s'en font une idée vraiment singulière, de ce secret cabalistique ! Ils s'en couvrent des pieds à la tête comme d'un pallium sacré, afin de ne pas laisser voir leur insuffisance ou d'échapper à la responsabilité qu'ils devraient encourir. Pour ces personnages affectés, pour ces hypocrites vertueux, tout est mystérieux dans l'exercice de leurs fonctions pour un peu plus sacerdotales. Ils tiennent à distance les profanes avec ce vague engin du secret, simple et commode à mettre en avant. Ce sont les pontifes de notre profession.

Je me souviens qu'un de ces pontifes, au moyen du truc dont je parle, me fit exclure un jour d'une expertise médicale à laquelle j'avais le devoir et le droit d'assister.

Cette expertise devait avoir lieu le 12 décembre 1868, chez le Dr Melchisédech, un des médecins pontifiants les plus accomplis que j'aie connus. Personnage gourmé et altier, homme de belle prestance, avec des lunettes d'or plantées solidement sur son nez aquilin, il a plus de fierté que de caractère, plus de suffisance que de vrai mérite ; un sot, mais un infatué convaincu. Et il s'appelle Melchisédech !

Peut-être ne savez-vous pas comment se fait une ex-

sions de la pneumonie. S'il y a des pneumonies graves et d'autres bénignes, cela tient à des conditions individuelles, telle personne constituant un milieu plus favorable que telle autre au développement des bactéries. Quant à la localisation sur les valvules du cœur des micro-organismes pathogènes de l'endocardite végétante, elle s'explique par les froissements, l'attrition que ces valves subissent à leur point de contact à chaque révolution du cœur, et qui en font un locus *minoris resistentiæ*, comme l'a dit Verneuil; or dans toutes les maladies bactériennes, les micro-organismes se fixent toujours sur un point prédisposé à leur invasion par un traumatisme ou une lésion préexistantes (otéomyélite). M. Peter s'est porté défenseur de la théorie de M. Béchamp, d'après laquelle de petites granulations moléculaires, existant à l'état normal dans tous les tissus de l'organisme, les microzymas, peuvent fournir successivement toutes les bactéries, prendre les formes, les dimensions, les propriétés physiologiques et pathogènes les plus opposées. Cette assertion ne peut être écoutée sans protestation que par ceux qui ignorent les premières notions de la bactériologie : parmi les micro-organismes qui nous entourent et vivent à nos dépens, on connaît déjà 60 ou 70 espèces dissemblables par leurs formes, leur réaction colorante, leur cultures, leurs propriétés physiologiques ou pathogènes.

La séance du 23 février a été signalée par une réclamation de priorité, élevée par M. Béchamp contre M. Gautier, relativement à la découverte des alcaloïdes des matières albuminoïdes de l'organisme; par une lecture de M. Marc Sée, sur l'étendue de la surface respiratoire, et par un long et éloquent discours de M. Verneuil sur les ptomaïnes et microbes, dont notre ami Barette fera comprendre mieux que nous toute la portée.

P. Le Gendre.

MÉDECINE PRATIQUE

Formes et variétés du pneumothorax.

(*Diagnostic, pronostic, traitement*).

On sait qu'après Itard, médecin des Sourds-Muets, qui, en 1805, présenta une dissertation inaugurale sur le *pneumothorax* ou *les congestions gazeuses qui se forment dans la poitrine*, Laënnec a été le maître peintre de cet état pathologique. Mais il ne connut que le pneumothorax total dont il donne ainsi la définition : « On rencontre quelquefois dans les plèvres des fluides aériformes, tantôt fétides et exhalant une odeur analogue à celle de l'hydrogène sulfuré. La quantité de ces gaz est quelquefois telle qu'ils refoulent violemment le poumon vers sa racine, et qu'ils distendent d'une manière très sensible les parois thoraciques. Les côtes en sont écartées ; le diaphragme, repoussé vers la cavité abdominale, y forme une saillie considérable quand l'épanchement aériforme est du côté gauche ; s'il est à droite, le foie est poussé en bas, de manière à dépasser le niveau des fausses côtes. Quoique ce cas ne soit pas excessivement rare, il a peu fixé jusqu'ici l'attention des médecins. »

Nous savons aujourd'hui que le pneumothorax est beaucoup moins rare encore que ne le croyait Laënnec, parce qu'il en existe des variétés qu'il n'avait pu voir et qui, d'un diagnostic plus difficile, ont échappé longtemps à l'attention des chercheurs comme ils échappent encore souvent à celle des praticiens.

Parmi les travaux qui ont éclairé dans ces dernières années la question du pneumothorax, il faut citer ceux d'Ewald, de Berlin (1875), de Fraenkel, de Weil (d'Heidelberg), de Seifert, (1883), les cliniques de M. Jaccoud (1884), de M.

---

pertise ? — En ce cas, ma petite anecdote vous l'apprendra.

Les procédés d'une expertise sont déterminés par la loi. Que l'expertise soit médicale ou non, il n'y a pas légalement deux manières d'y procéder.

Un expert doit fidèlement et scrupuleusement, sous peine de voir son œuvre entachée de nullité, se conformer aux prescriptions qui sont indiquées, s'entourer d'une grande réserve, interroger, palper, examiner, voir, entendre tout, et ne rien laisser deviner des appréciations qu'il établira dans son rapport et dans ses conclusions. Après avoir prêté serment, il est tenu de faire informer les parties de l'heure et du jour où il vaquera à ses opérations, afin que chacune de ces parties puisse y assister ou s'y faire représenter par tel conseiller de son choix muni d'une procuration en règle ou accompagné de l'avoué de la dite partie, et y faire les réquisitions que l'expertise comporte. Ce droit des parties d'assister à l'expertise est une garantie de la moralité des opérations des experts.

C'était, comme je l'ai dit, chez le Dr Melchisédech que l'expertise mémorable où je n'assistai point devait avoir lieu. Il s'agissait d'un procès perdu en première instance et dont il était fait appel à la cour par une personne blessée dans un accident et devenue amaurotique, je crois. Les trois experts devaient se livrer à un examen déjà fait précédemment et très bien fait par un médecin compétent. Mais, comme de mes trois experts, pas un n'avait appris à manier un ophthalmoscope, comment allaient-ils s'en tirer pour contrôler les allégations ophthalmoscopiques du confrère ? Ma présence à l'expertise devenait gênante.

« Monsieur, me demande Melchisédech, que venez-vous faire ici ? A quel titre ?

— Je viens comme médecin de l'une des parties dont l'avoué ici présent m'accompagne.

— Pour ma part, je n'entends accepter ni contrôle ni surveillance dans les fonctions délicates qui me sont confiées ; une pareille immixtion des parties serait de nature à exercer une pression sur nos actes, et, en tout cas, elle pourrait nuire au secret de notre examen et de nos délibérations. »

Cette phraséologie sonore, ces grands mots, servaient à son embarras; mais la vérité, c'était que M. Melchi-

Duguet (1885) et un chapitre du traité des Maladies simples du poumon de M. G. Sée, fait en collaboration avec mon ami A. Mathieu, son chef de clinique.

I

Il est indispensable de réviser les *causes* du pneumothorax. En ce qui concerne le mécanisme de sa production, ou bien le gaz se développe dans la plèvre, ou il vient du dehors par effraction.

Le pneumothorax ne peut SE DÉVELOPPER DANS LA PLÈVRE que, s'il existe déjà dans celle-ci un épanchement, soit que le liquide, subissant la décomposition putride, engendre des gaz, soit que les gaz tenus en dissolution dans le liquide soient mis en liberté parce que la pression à laquelle ils étaient soumis diminue.

La variété par *décomposition putride* est très rare, et même tous les auteurs n'admettent point que des liquides pleuraux à l'abri de l'air puissent en se décomposant engendrer des gaz.

La variété par *décompression des gaz* a été observée, mais très exceptionnellement, comme accident de la ponction aspiratrice faite trop rapidement, dans des cas où des adhérences résistantes fixaient le poumon dans une situation anormale, et où les parois pleurales étaient trop épaisses pour que la cavité pût subir un retrait suffisant et s'oblitérer à mesure que s'écoulait le liquide aspiré (Chatelin).

Mais c'est le pneumothorax PAR PERFORATION DE LA PLÈVRE qui constitue le cas de beaucoup le plus ordinaire.

Ou bien l'air vient du poumon, par effraction de la plèvre viscérale (c'est le cas dans la phtisie, la gangrène, l'abcès du poumon, l'emphysème); ou l'effraction de la plèvre viscérale s'opère de dedans en dehors, lorsqu'une collection purulente pleurale s'ouvre dans le poumon — ou enfin une communication s'établit avec l'extérieur, à travers la paroi thoracique et la plèvre pariétale (pneumothorax traumatique).

En résumé, les causes les plus habituelles sont en première ligne la *tuberculose pulmonaire*, en deuxième la *pleurésie purulente*; beaucoup plus rarement la *gangrène pulmonaire*, par exception l'*emphysème*.

C'est surtout dans la phtisie à marche rapide, qu'il se montre à une époque quelquefois très rapprochée du début (on l'a vu même précéder tous les autres signes de tuberculose pulmonaire); mais toujours lorsque les lésions marchent assez vite et sont assez superficielles pour que la pleurite, compagne de la phtisie chronique, n'ait pas eu le temps de défendre par ses adhérences pseudo-membraneuses la cavité pleurale contre l'accès de l'air, qu'y peut introduire la perforation du poumon. Lorsque le pneumothorax se produit dans la phtisie chronique, c'est d'ordinaire à l'occasion d'une poussée aiguë.

II

Nous aurons surtout en vue, dorénavant, le pneumothorax de la phthisie ou de l'empyème. Le *siège* de prédilection de la perforation est sur la plèvre gauche, et en un point très particulier du poumon, vers le bord inférieur du lobe supérieur, en arrière du bord antérienr, près de l'encoche qui correspond au cœur, peut-être parce qu'en ce point les mouvements d'expansion sont plus étendus qu'en tout autre. L'ouverture est généralement petite, si bien qu'à l'autopsie on est obligé, pour la trouver, d'insuffler de l'air par la trachée, le poumon étant sous l'eau, et de chercher l'endroit par où s'échappent les bulles de gaz.

La communication entre la cavité pleurale et une bronche se fait, soit par l'intermédiaire d'une cavité plus ou moins large, soit par un trajet fistu-

---

sédech changeait une question de droit en une affaire d'amour-propre, et qu'il mettait en avant le secret professionnel pour cacher son iusuffisance à l'expertise.

Le secret médical est pour nous un utile instrument; mais il ne faut pourtant pas en jouer d'une façon absurde.

Les auteurs du code pénal ont visé nos indiscrétions, continue Justus; s'ils en font une catégorie à part, c'est qu'ils y ont vu pour la société un danger d'une gravité particulière. En nous défendant de trahir nos malades, de divulguer leurs secrets, ils ont armé notre faiblesse pour l'empêcher de défaillir devant n'importe qui ou n'importe quoi. Les magistrats eux-mêmes n'ont pas le droit de nous faire parler quand notre conscience nous prescrit de nous taire. Voilà la situation vraie.

On peut bien nous obliger à dire que ce que nous omettons dans notre déposition, nous a été confiée sous le sceau du secret, « mais c'est là, en somme, suivant la « remarque de M. Bruno-Lacombe, une formalité vaine ;... « et il serait plus sage et plus juste de décider pour le « médecin, comme l'a fait la Cour de cassation, pour « l'avocat, qu'il n'a d'autre règle que sa conscience et « qu'il doit s'abstenir des réponses qu'elle lui a iuterdit. »

La discrétion médicale est une affaire de conscience encore mieux qu'une obligation légale.

— Oui; mais n'oublions jamais non plus que c'est une obligation légale, et qu'en vertu de l'article 378 du code pénal, nous sommes un peu à la merci des tribunaux.

— Si l'article 378 est fait pour inspirer aux médecins des habitudes de discrétion, ajoute Séverin, nous devons bénir cet article-là, la discrétion est une vertu éminente, une vertu princière. Plus on touche de près au monde élevé, moins on serait excusable de le trahir.

La médecine a cela de commun avec les situations les plus hautes, qu'une extrême réserve en paroles est imposée à ceux qui l'exercent.

— Nous ne devrions parler de nos malades qu'avec une intentiou louable ou dans un but utile, et jamais pour flatter notre amour-propre et nous préparer des ovations. Nous nous plaisons à raconter que nous avons guéri Colbus de sa fistule: mais cela importe assez peu à ceux qui nous écoutent. Ce racontar, qui prouve sans doute nos capacités de guérisseurs, ne peut que laisser le commun des mortels assez indifférents, tout en affligeant

leux (surtout dans les pneumothorax par vomique pleurale).

Si la communication permet à l'air de passer librement à chaque mouvement respiratoire des bronches dans la cavité pleurale, et de celle-ci dans les bronches, on a la variété dite pneumothorax *ouvert*.

Lorsqu'un lambeau flottant de plèvre ou de fausse membrane forme une sorte de valvule qui s'ouvre dans l'inspiration pour laisser entrer l'air dans la plèvre et, se refermant pendant l'expiration, ne le laisse plus sortir, c'est le pneumothorax *à soupape*.

Il arrive enfin que les productions pseudo-membraneuses amènent l'occlusion définitive de la perforation ; alors se trouve constitué un pneumothorax *fermé*. — Ce sont là des dispositions qu'il importe de connaître et de diagnostiquer, autant que possible ; car elles comportent des pronostics et des traitements différents.

Quand la perforation siège par exception sur un point très déclive de la plèvre pulmonaire, elle se trouve au dessous du niveau du liquide qui existe presque toujours dans la cavité pleurale (hydro ou pyopneumothorax) ; on peut alors entendre, en auscultant, un gargouillement amphorique, produit par les bulles de gaz qui viennent crever à la surface.

Rappelons que l'état de la plèvre et son contenu varient beaucoup suivant la cause qui a engendré le pneumothorax : gaz, liquides séreux, fibrineux ou purulent contenant des bacilles de Koch ou des micrococcus de la suppuration.

Les *gaz* ont été étudiés au point de vue de leur *composition* et de la *pression* à laquelle ils sont soumis. Demarquay a inauguré cette étude. Plus d'oxygène, moins d'acide carbonique dans le pneumothorax ouvert, l'oxygène absorbé par échanges respiratoires intra-pleuraux étant constamment renouvelé par l'air atmosphérique. Quand il y a plus de 10 0/0 d'acide carbonique, d'après Ewald, il s'agit toujours d'un pneumothorax clos et l'azote s'y trouve en proportion notablement accrue.

Le gaz contenu dans la plèvre s'y trouve à la pression de l'atmosphère quand le pneumothorax est ouvert, — à une pression égale ou inférieure quand il s'agit du pneumothorax à soupape ; — à une pression inférieure ou supérieure, si le pneumothorax est clos. Si la pression est inférieure à la pression atmosphérique, on peut affirmer le diagnostic de pneumothorax fermé, et il en peut découler une conduite thérapeutique différente.

La *pleurésie* exsudative ou purulente est la compagne presque obligée du pneumothorax. Quand la plèvre s'est trouvée cloisonnée antérieurement à la formation du pneumothorax par des adhérences étendues et serrées en plusieurs compartiments, il en résulte des pneumothorax partiels sur lesquels nous reviendrons tout à l'heure.

Les organes voisins sont à peu près constamment déplacés ; le cœur, dans toutes les variétés de pneumothorax, est refoulé du côté opposé ; le foie, dans le pneumothorax droit, est abaissé, l'estomac, la rate peut être dans le gauche. Le pneumothorax fermé et le pneumothorax à soupape, pouvant produire une tension gazeuse considérable, sont surtout capables d'amener les déplacements de ces viscères.

III.

Tout le monde connaît la description du pneumothorax total à début dramatique, signalé par une douleur subite et intense et une dyspnée considérable. Celui-là n'est guère méconnu en général ; mais il faut savoir que le début peut être lent, progressif, insidieux, et sa découverte est

---

Colbus d'être ainsi mis sur la sellette.

— Qu'est-ce que ça peut faire à Colbus, dit Kœnig, qu'on sache qu'il avait une fistule ?

— Seriez-vous bien aise qu'un pédicure, pour faire étalage de son habileté, se vantât d'avoir extirpé vos durillons ? Ou qu'un dentiste proclamât partout qu'il a su, grâce à des pastilles de sa façon, faire disparaître la fétidité de votre haleine ? Non, apparemment, car personne n'aime à entendre publier ses petites imperfections. C'est à qui, au contraire, aura la pudeur de les cacher.

Et c'est naturel. Toute maladie durable a quelque chose de honteux. On sent par instinct qu'il est dégradant d'avoir une infirmité quelconque, et on la dissimule comme on le ferait d'une souillure. Si le médecin ne croit pas qu'on soit dégradé pour si peu, il aurait tort de ne pas respecter cette croyance et de divulguer ce que beaucoup de malades désirent tenir secret. Voyez, du reste, avec combien d'hésitation, avec quelle crainte les pauvres gens viennent vous avouer, en consultation, qu'ils sont affligés d'un ulcère, d'une hernie, d'un prurit qui les désespère. Et vous allez tout à l'heure le crier à tout le monde ! Ça n'est pas bien.

— Si l'indiscrétion est blâmable, quand elle est simplement oiseuse ou blessante pour la susceptibilité d'un malade, elle devient un véritable crime, quand elle porte atteinte à sa considération ou à celle de sa famille.

— Oui, tout cela est très vrai et très répréhensible en théorie. Il est facile aux médecins gantés qui font de la clientèle en cabriolet, de n'être pas obsédés par la curiosité des petites gens. Mais au village, on est forcé d'être indiscret.

La discrétion a beau nous être recommandée et commandée par la conscience, par notre dignité, par un certain intérêt même, c'est assurément la vertu que nous cultivons le moins. Pourquoi ? parce que nous avons, en quelque sorte, besoin de montrer nos cures et de pallier ou d'expliquer nos insuccès, pour nous mettre en crédit dans le public. Cette manière de faire nous est conseillée par l'amour-propre.

— L'amour-propre, avoue Kœnig, nous fait commettre bien des sottises. On ne le dit pas sot pour rien.

(à suivre).

alors une surprise stéthoscopique.

Je ne rappellerai que pour mémoire les signes classiques qui conduisent au diagnostic du pneumothorax total.

« Lorsque, chez un homme dont la poitrine résonne mieux d'un côté que de l'autre, a écrit Laënnec, on entend bien la respiration du côté moins sonore, tandis que de l'autre on ne l'entend pas du tout, on peut assurer qu'il est affecté de pneumothorax dans ce dernier côté. On pourrait encore porter avec assurance ce diagnostic lors même que les deux côtés de la poitrine seraient également sonores et même lorsque le côté affecté serait un peu moins sonore que le côté sain, comme il arrive lorsque le pneumothorax se développe à la suite d'un épanchement pleurétique ou de tout autre épanchement liquide. Dans ce cas, avant l'apparition du pneumothorax, le côté affecté rendait un son tout à fait mat, et la respiration ne s'y entendait pas ou s'y entendait très mal. Dès que l'accumulation du fluide aériforme dans la plèvre commence, le son thoracique reparait un peu dans la partie qu'il occupe, sans être cependant aussi clair que du côté sain. De jour en jour l'étendue et la force de la résonnance augmentent sans que la respiration reparaisse, et, s'il y avait auparavant quelque reste du bruit respiratoire, il disparaît tout à fait. Ce signe est aussi sûr que facile à saisir... Il est à peine nécessaire de dire que, à moins que la compression du poumon ne soit tout à fait extrême, on entend encore un peu la respiration dans la partie du dos correspondante à la racine de cet organe. » — Qui pourra jamais dire mieux et plus sobrement ?

L'examen de la *dilatation du thorax* dans la partie correspondante au pneumo-thorax, l'*amphorisme* à la percussion, si la tension intrapleurale n'est pas excessive, le *bruit d'airain* transmis à l'oreille, qui ausculte à distance du point où on percute une pièce de monnaie appliquée sur le thorax, le glou-glou de la *succussion hippocratique, le tintement métallique* de la perle tombant dans une coupe de cristal (phénomène inconstant), voilà au complet le bilan des signes physiques du pneumothorax total.

Mais on observe dans ces phénomènes des variations en rapport avec l'étendue du pneumothorax, s'il est partiel, et avec la tension du gaz pleural, suivant que le pneumothorax est ouvert, fermé ou à soupape.

L'existence et la nature d'une pleurésie concomitante sont des éléments importants à connaître. Exsudative, elle peut jouer un rôle considérable dans la guérison du pneumothorax. Au fur et à mesure que s'étendent les adhérences pseudo membraneuses attestées par les frottements pleuraux, la respiration s'entend dans une étendue de plus en plus grande, la cavité diminue et finalement s'oblitère en même temps que la paroi thoracique se rétracte à ce niveau. Mais, par contre, un épanchement purement séreux fait obstacle à la guérison spontanée du pneumothorax par résorption graduelle des gaz, si remarquable après certains pneumothorax traumatiques et expérimentaux.

Le pneumothorax des phthisiques est, comme l'a montré Weil, surtout la variété à soupape, puis fermé d'abord par accolement des parois de la perforation grâce à la pression intrapleurale, et clos définitivement plus tard par les fausses membranes pleurétiques.

M. Hérard a fait remarquer que parfois l'apparition du pneumothorax semble provoquer un temps d'arrêt plus ou moins durable dans l'évolution de la phthisie, surtout si les lésions sont unilatérales et peu avancées. Plusieurs cas que j'ai vus déposent dans ce sens.

IV.

Formulons, d'après G. Sée, Mathieu et Jaccoud, quelques règles précises pour le DIAGNOSTIC DES FORMES du pneumothorax.

Pneumothorax ouvert. — La base du thorax légèrement dilatée se soulève tout d'une pièce, et les mouvements des côtes supérieures sont exagérés. L'amphorisme et la résonnance métallique des bruits de respiration et de percussion sont très marqués. L'occlusion de la bouche, en augmentant la pression et en transformant la cavité sonore en cavité fermée, élève la hauteur du son de percussion. Le déplacement des organes est peu marqué. Un souffle tubaire à retentissement amphorique indiquerait une perforation large à bords vibrants ; une sorte de susurrus ou de sifflement léger dénoterait une perforation minime.

La pression intra-pleurale est égale à celle de l'atmosphère ou plus forte ; on s'en assure à l'aide d'un trocart mis en communication par un tube de caoutchouc avec un manomètre à mercure. Le gaz ne contient pas plus de 5 à 10 p. 100 d'acide carbonique, et des ponctions successives montrent que sa composition varie peu.

Pneumothorax fermé. — Si la pression intrapleurale est inférieure à la pression atmosphérique, les phénomènes morbides sont réduits au minimum, et il n'y a pas à la rechercher par l'introduction d'un trocart, puisqu'on n'y est amené ni par la dyspnée qui est très faible, ni par le déplacement insignifiant des organes voisins.

Mais on est conduit à diagnostiquer un pneumothorax fermé dont la pression est supérieure à celle de l'air ambiant, quand on voit la base de la poitrine très dilatée et les mouvements des côtes très étendus, bien que le thorax se soulève en bloc tout entier, avec une dyspnée extrême qu'atteste l'effort soutenu des muscles respirateurs accessoires. Le son de percussion, moins amphorique et moins métallique que dans le pneumothorax ouvert, est d'une tonalité plus élevée que ne modifie pas l'occlusion de la bouche.

Le déplacement des organes voisins est considérable.

Le souffle amphorique fait défaut ou est très atténué, comme aussi tous les bruits respiratoires naturels ou adventices. La ponction exploratrice révèle une pression intra-pleurale notablement supérieure à celle de l'atmosphère, et l'analyse montre que le gaz contient au moins 10 p. 100 d'acide carbonique, 60 à 80 p. 100 d'azote.

Pneumothorax à soupape. — On supposera qu'il existe, lorsqu'après des ponctions évacua-

trices, on constatera à plusieurs reprises une tension intra-pleurale positive.

PNEUMOTHORAX PARTIEL. — M. Jaccoud, qui lui a consacré d'intéressantes cliniques, en a décrit plusieurs variétés.

Partiel inférieur, lorsque des adhérences pleurales ont fixé le lobe supérieur du poumon à tout le pourtonr de la paroi thoracique, il se traduit par la localisation des signes caractéristiques (sonorité à la percussion, abolition des vibrations vocales, absence de respiration) à la base du poumon, soit dans toute cette base, soit dans les régions postérieure ou antéro-latérale, tandis qu'au sommet l'auscultation indique les signes de la lésion tuberculeuse du poumon qui est demeuré accolé à la paroi. L'existence d'une pleurésie antérienre dans les anamnestiques expliquera ces singularités.

Partiel supérieur, le pneumothorax produit une localisation inverse de ses signes propres au sommet, tandis que les bruits pulmonaires s'entendent parfaitement à la base. On peut facilement le confondre avec une grande caverne vide, qui peut donner lieu au tympanisme, au souffle amphorique, au glou-glou de succussion et même au tintement métallique.

On se rappellera que la caverne se produit lentement, tandis que les signes du pneumothorax apparaissent souvent d'un jour à l'autre. Mais on attachera surtout une valeur très grande à l'augmentation des vibrations vocales, qui est caractéristique de la caverne, tandis qu'elles sont abolies dans le pneumothorax. S'il siège à gauche enfin, et c'est la règle, il déplace le cœur à droite, ce que ne fait pas la caverne.

M. Jaccoud a vu encore le pneumothorax à la fois *partiel supérieur en avant*, *partiel inférieur en arrière*, tandis que la zône moyenne du poumon était restée accolée à la paroi thoracique. Le diagnostic s'établit alors sur les mêmes règles que pour les variétés précédentes.

Enfin le pneumothorax partiel de la base doit être distingué *d'abcès sous diaphragmatiques*, renfermant des gaz parce qu'ils communiquent avec la cavité de l'estomac ou de l'intestin. On pourra y songer quand les poumons étaient sains et que les signes suspects de pneumothorax ont été précédés de manifestations douloureuses du côté de l'abdomen. La ponction de la collection purudente une fois faite, si la rapidité de l'écoulement augmente pendant l'inspiration, on peut affirmer que le pus est au dessous du diaphragme; dans le cas contraire, il est au dessus (Jaffé).

V

THÉRAPEUTIQUE. Nulle jusque dans ces dernières années, ou du moins purement empirique, elle consistait à calmer la douleur quand il y en avait, et à faire une ponction lorsque l'asphyxie semblait imminente.

On peut maintenant tirer des connaissances récemment acquises sur les formes du pneumothorax des indications assez exactes relativement à l'opportunité de l'une des interventions suivantes: évacuation du gaz ou du liquide avec ou sans injections modificatrices, enfin thoracotomie.

Par *l'évacuation des gaz* on peut se proposer soit de parer à une menace d'asphyxie par excès de pression ou à une syncope par refoulement du cœur, soit de favoriser la guérison en provoquant la résorption des gaz ou la formation d'adhérences pleurétiques. La ponction simple pour évacuer les gaz ne sera faite bien entendu que dans les pneumothorax fermés ou à soupape. Dans le premier cas une seule suffira; il faudra la renouveler nécessairement plusieurs fois dans le pneumothorax à sonpape, quand le gaz se sera reproduit, jusqu'à ce que l'accolement de l'orifice l'ait transformé en pneumothorax clos.

L'évacuation du liquide séro-fibrineux dans un pneumothorax fermé, ne devrait être faite qu'au bout de plusieurs semaines, à moins de menace d'asphyxie ou de syncope, pour ne pas s'exposer à rouvrir brusquement l'orifice de communication en diminuant trop et trop vite la pression intrapleurale. Le meilleur guide sera la mesure manométrique de cette pression, à l'aide d'un manomètre adapté à l'aspirateur de Potain.

On aura soin de maintenir la pression intrapleurale à un degré un peu inférieur à la pression atmosphérique, mais en procédant par abaissements graduels.

Les *injections modificatrices* de la cavité pleurale, après évacuation du liquide, trouvent leur indication dans la nature purulente ou putride de ce liquide. On emploiera les solutions d'acide borique ou d'acide salicylique, et non d'acide phénique, pour éviter l'absorption si énergique par la plèvre (urines noires). C'est au pneumothorax fermé avec signes de résorption putride (frissons, fièvre hectique) que conviennent d'ordinaire les injections modificatrices de la plèvre.

Dans le pneumothorax ouvert, si *l'état général* le permet, si les lésions pulmonaires ne sont pas trop avancées, et que l'autre poumon puisse fonctionner encore suffisamment pour permettre une survie d'une certaine durée, c'est à la *thoracotomie*, à l'opération de l'empyème faite dans les conditions d'antisepsie rigoureuse avec un ou plusieurs lavages, qu'il sera légitime de recourir.

PAUL LE GENDRE.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des tuberculoses articulaires. (1) (*suite*).

TRAITEMENT DES ARTHRITES TUBERCULEUSES DES DIVERSES RÉGIONS.

Nous avons, dans les premières colonnes de ce travail, indiqué et discuté les principes généraux du traitement des tumeurs blanches; il nous reste à appliquer ces données, avec les restrictions qu'elles comportent, aux arthrites tuberculeuses des principales articulations des membres.

(1) Voir *Concours médical*, 1885. Nos 38, 50.

A. *Membre supérieur.* — 1° *Articulation du poignet.* — L'arthrite tuberculeuse du poignet est assez fréquente, et elle semble débuter souvent à la suite d'une entorse de cette jointure. Les lésions peuvent se localiser à l'interligne radio-carpien, mais fréquemment, quand la maladie dure depuis un certain temps, elles ont envahi les articulations des os du carpe entre eux, et même l'interligne carpo-métacarpien. Le gonflement de la jointure qui se remplit de fongosités donne à la région la forme cylindroïde que chacun connaît, et les mouvements des doigts sont plus ou moins gênés du fait de l'envahissement des gaînes tendineuses par les fongosités tuberculeuses.

Au début de la maladie, et à tous les âges, on peut obtenir la guérison à l'aide d'une thérapeutique simple, mais bien conduite. *L'immobilisation* de la jointure malade est la première condition de tout traitement rationnel. Le poignet sera placé dans une extension rectiligne, ou bien un peu relevé sur la main ; la demi-pronation est la meilleure attitude. On obtiendra facilement une bonne immobilisation au moyen d'une gouttière plâtrée, appliquée à la face palmaire de la main et de l'avant-bras et embrassant les bords radial et cubital de l'organe. Au besoin, on consolidera ces deux bords en y encastrant une tringle de fer blanc assez résistant, et ainsi on pourra pratiquer une large fenêtre répondant à la face antérieure du poignet qui restera ainsi découverte et accessible.

Les révulsifs qui donnent les meilleurs résultats dans les tumeurs blanches du poignet sont, la *teinture d'iode* la cautérisation *ponctuée et transcurrente* sur les deux faces de la jointure. Sans revenir sur le manuel opératoirede ces divers procédés, disons qu'ils sont utilement complétés par une bonne *compression ouatée*, qu'il faut renouveler de temps en temps. La mobilité des doigts doit être surveillée, et dès que les douleurs auront disparu, on leur imprimera des mouvements de flexion et d'extension modérés, mais de plus en plus étendus, ces exercices devront toujours s'arrêter quand ils provoqueront une douleur intense et réelle.

Quand, malgré l'emploi de tous ces moyens, l'application d'une sage hygiène et d'un bon traitement général, les lésions ne s'arrêtent pas ; quand le poignet, toujours douloureux, présente une tuméfaction qui s'étend vers le métacarpe ou les os de l'avant-bras, il ne faut plus temporiser ; cette pratique est surtout mauvaise chez l'adulte et le vieillard. Il faut donc agir et faire un choix judicieux entre l'amputation de l'avant-bras et la résection du poignet.

Il n'est pas très facile de donner ici une règle de conduite absolue ; l'indication varie avec l'âge, la marche et l'étendue des lésions. *L'amputation* de l'avant-bras a été longtemps préférée par les chirurgiens ; d'après la statistique de Malgaigne et Trélat, elle donnait, il y a quelques années, une mortalité de 29 0/0 environ ; c'était beaucoup, mais on redoutait, d'autre part, les récidives, la suppuration prolongée, qui succédaient souvent aux résections. Aujourd'hui, si l'on s'en rapporte à l'expérience d'Ollier, l'amputation ne doit jamais être pratiquée dans le jeune âge au dessous de 12 à 15 ans, tandis qu'au dessus de 45 à 50 ans elle donne des résultats préférables. Néanmoins, il a obtenu des guérisons durables chez des malades, de 46, 50 et 66 ans. Sommes toutes, aujourd'hui la suppression de la main doit être réservée aux arthrites tuberculeuses de l'adulte et du vieillard, à marche rapide, accompagnées de désorganisation étendue de la jointure.

La *résection* du poignet a subi déjà par bien des jugements divers. Généralement repoussée d'abord, elle fut réhabilitée en partie par *Lister* en 1862. Cinq ans plus tard, Folet, (1867), étudiait la question complètement, dans sa thèse inaugurale ; sur cinquante-deux cas qu'il avait pu rassembler, il y avait seulement neuf morts, ou 17 à 18 0/0, ce qui était déjà moins grave que l'amputation. Mais il n'étudiait pas complètement les résultats fonctionnels. M. Ollier à l'Académie, en 1882, s'éleva, dans un éloquent plaidoyer, contre les idées trop pessimistes des chirurgiens, et il avait entre les mains des documents de sa pratique pouvant appuyer efficacement sa doctrine.

Cependant, en 1883, le Dr Nepveu, d'après un examen de soixante observations (1), jugeait, d'une façon peut-être un peu sévère, l'opération défendue par Ollier. Il n'y avait, d'après lui, guérison absolue, générale et locale, que dans le quart des cas, c'était une opération infidèle, donnant, le plus souvent, une guérison incomplète, un insuccès opératoire et fonctionnel. Cinquante-sept des cas étudiés par Nepveu, sont des caries articulaires ; deux fois seulement il y a eu généralisation tuberculeuse post-opératoire, soit 1, 5 0/0. Vingt-huit fois, la résection fut totale, c'est-à-dire qu'elle enleva le carpe et l'extrémité inférieure des os de l'avant-bras, attaquant même, dans quatorze cas, l'extrémité postérieure des métacarpiens ; vingt-deux fois, la résection fut partielle, extirpant tantôt une ou les deux rangées du carpe, tantôt des fragments du radius ou du cubitus, etc. Ces résections partielles, tout à fait atypiques, ont donné de très bons résultats, entre les mains du professeur Verneuil. Sans adopter de règle précise, autre que celle qui consiste à respecter la gaîne fibreuse des os du carpe, il pénètre à travers les trajets fistuleux, agrandis au besoin à l'aide du bistouri ou du thermo-cautère, à la recherche des os malades, au moyen du grattoir

(1) Nepveu. — *Revue de chirurgie*, 1883.

et de la rugine, ménageant toujours la capsule ligamenteuse et les lambeaux de périoste, il extirpe tout ce qui est malade, puis draine largement la plaie. Il y a quelques jours encore, nous voyions, dans le service de clinique de la Pitié, un malade traité de cette façon et absolument guéri. La conservation de la capsule fibro-périostique est très importante pour la protection des gaînes tendineuses péri-articulaires; et, par suite de la cicatrisation, tous ces tissus fibreux se rétractent, il s'y produit même des ilôts osseux irréguliers et le poignet peut recouvrer une grande solidité. Dans les faits examinés par Nepveu, quinze fois on eut un résultat fonctionnel parfait, avec conservation des mouvements des doigts, tandis que dix-sept fois les muscles restèrent atrophiés et les mouvements imparfaits. Quant au résultat définitif, cinq fois il fallut faire l'amputation secondaire, et cinq des opérés moururent phthisiques à neuf mois, deux ans et quatre ans après l'intervention.

A côté de ces résultats peu encourageants, il est bon d'opposer ceux donnés par le Dr Gangolphe, élève d'Ollier, dans un récent travail (1). Il rapporte l'observation de douze malades opérés par l'habile chirurgien de Lyon, âgés de 14, 15, 24, 27, 28, 30, 31, 46, 50 et 66 ans. Tous ont tiré un très utile profit de l'intervention, tous peuvent écrire, faire de petits travaux, avec leur main opérée, trois peuvent même porter 10 kgs à bras tendu, et huit, des poids de 3, 4 et 7 kilogs, les mouvements d'opposition, de flexion des doigts sont conservés, un des opérés a même pu reprendre la pénible profession de charretier. Dans tous les cas, l'état général a été très amélioré et des sujets opérés avec des signes manifestes de tuberculose pulmonaire, ont vu les lésions se calmer.

Sans exposer complètement ici la méthode d'Ollier pour la résection du poignet, disons que l'opération est à la portée de tous, assez facile, et qu'elle demande surtout un traitement consécutif bien conduit. On aborde les os du carpe et de l'avant-bras au moyen d'une première incision allant obliquement du milieu de la ligne bi-apophysaire, au dos du poignet jusqu'au tiers postérieur du deuxième métacarpien; une seconde incision est faite sur le bord cubital, partant du sommet de l'apophyse styloïde du cubitus. M. Ollier extirpe ensuite les os du carpe avec le davier et un décolle-tendon, il cautérise vigoureusement les surfaces fongueuses, place dans la plaie des drains debout et d'autres allant de part en part, puis la tamponne avec de la gaze iodoformée, contenant de l'iodoforme cristallisé, en assez grande quantité.

La main est ensuite immobilisée dans l'axe de l'avant-bras, en demi-pronation, et on laisse le premier pansement en place pendant trois semaines au moins. Le traitement consécutif est des plus importants. On applique une attelle plâtrée palmaire, élevant le poignet, mais n'empêchant pas les mouvements des articulations métacarpo-phalangiennes. Au moment de l'opération on aura eu soin de déroidir les doigts, et on continuera leur assouplissement au moyen de frictions excitantes de l'électricité et du massage.

2° *Arthrites tuberculeuses du coude.* — Même marche à suivre au début, immobilisation, révulsif, traitement général, n'insistons pas. Toutefois, comme on doit se proposer d'obtenir l'ankylose dans une position telle que la main puisse servir, on placera l'avant-bras dans la demi pronation à *angle droit* sur le bras. Si tous ces moyens ne réussissent point, si les abcès ouverts et injectés suppurent toujours, il faut intervenir, *amputer le bras* ou *réséquer le coude*.

(à suivre)

(1) Gangolphe, in *Revue de chirurgie*, 1884.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

M. A Cézilly Directeur du « Concours Médical ».

Monsieur le Directeur,

Permettez-moi d'emprunter la large hospitalité des colonnes de votre excellent journal pour porter à la connaissance de nos confrères le fait suivant.

J'appartiens depuis 1876 à l'Association Générale des Médecins de France, et j'ai toujours payé régulièrement mes cotisations. Une attaque de choléra que j'ai subie en 1884 dans l'exercice de mes fonctions de Membre de la Commission sanitaire municipale a compromis mes fonctions digestives au point que j'ai dû abandonner ma clientèle, perdre une belle situation acquise au prix d'un travail opiniâtre. Les malheurs m'ont accablé et j'ai perdu successivement ma jeune femme et mon père et je reste avec deux enfants en bas âge ; ces nouveaux chagrins ont eu pour effet d'aggraver mon mal et je suis contraint à garder perpétuellement le lit ou la chambre avec des souffrances considérables sans grand espoir de revenir à la santé.

Or, depuis que je suis malade, je n'ai jamais eu l'honneur de recevoir la plus petite visite ni la moindre consolation de l'un quelconque de Messieurs les Membres du Bureau de l'Association locale des Bouches-du-Rhône. A-t-on craint que je ne vienne à solliciter un secours ! C'est possible, mais je m'empresse de dire que, fort heureusement, je puis très facilement me passer de cette assistance et je ne prévois pas d'en ressentir jamais le besoin.

Entre temps, il a plu à un journal de Marseille de publier une série de silhouettes médicales qui paraît-il, n'ont pas été du goût de tous nos confrères. Ces silhouettes dont les auteurs ont jugé

prudent de garder l'anonyme sont, d'après les renseignements qui me parviennent, l'œuvre d'une coterie qui a de vieilles rancunes à satisfaire et à laquelle je suis complètement étranger soit parce que mes goûts ne m'attirent pas de ce côté, soit parce que mon état valétudinaire s'y oppose formellement.

Toutefois, on a profité de ma situation malheureuse pour insinuer que ces pamphlets pouvaient bien provenir de moi et, sans autres preuves que ces insinuations lâches et malveillantes, M. Villard, président de l'Association Locale des Bouches-du-Rhône est venu, flanqué de deux autres confrères, me déclarer très-grossièrement qu'il était parfaitement sûr que j'étais le coupable. Ces messieurs sont entrés chez moi à la manière de gendarmes au risque de me causer une émotion mortelle, sans daigner même me saluer ni s'inquiéter de l'état de ma santé, avec des allures des juges qui viennent prononcer un verdict. On me condamnait d'avance sans vouloir entendre la moindre explication ni croire à mes dénégations.

Cette attitude insultante m'indignât et je fis à ces Messieurs la réception qu'ils méritaient en les priant de vouloir bien, à l'avenir, oublier le chemin de mon domicile.

M. Villard ne se tint pas pour battu et il me désigna à l'Assemblée Générale comme l'auteur des silhouettes incriminées, demandant mon exclusion de la Société. C'est en vain que d'honorables collègues, justement indignés de cette procédure inquisitoriale à l'encontre d'un confrère malade et hors d'état de se défendre, protestèrent vivement, faisant remarquer qu'avant de prendre une délibération aussi grave il fallait, ou surseoir à l'affaire, ou bien donner des preuves irréfutables de culpabilité. M. Villard répondit *que le règlement s'opposait à toute discussion* l'assemblée devant avoir entière confiance dans les rapports présentés par le bureau et l'exclusion fût prononcée par 18 voix sur 25 suffrages exprimés quand la Société Locale compte 150 membres environ !

Quoique peu désireux de continuer à faire partie d'une association qui pratique ainsi la confraternité, il ne m'est pas possible de rester plus longtemps sous l'action déshonorante d'un vote d'exclusion d'autant plus que, si je dois mourir à courte échéance, je tiens absolument à laisser à mes enfants un nom respecté. Je viens donc vous prier de vouloir bien m'indiquer ce que je dois faire pour détruire une décision arbitraire qui tend à entacher mon honneur professionnel, dussé-je même m'adresser aux tribunaux. Je m'empresserai ensuite de quitter une Société qui, au lieu de secourir et de consoler ses membres malades, les torture, cherche à les déshonorer et à abréger leur existence.

Dans cette attente, je vous prie d'agréer, M. le Directeur, avec mes vifs remerciements, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Dr ALBENOIS.

Membre du Concours Médical.

Directeur à titre gratuit du Bureau de Démographie et de Statistique de la Ville de Marseille, Membre de la Commission de Météorologie du Département des Bouches-du-Rhône. Membre et Lauréat de plusieurs Sociétés savantes françaises et étrangères, Membre de la Société de Médecine Publique et d'Hygiène Professionnelle, de la Société Française d'Hygiène. Membre correspondant de la Société Royale de Médecine de Belgique, de la Société des Sciences physique et climatologiques de l'Algérie. Médailles d'honneur de divers Ministères ; médailles d'or, d'argent et diplômes d'honneur pour travaux de Statistique et d'Hygiène Publique, ancien Médecin à titre gratuit de l'Association des Membres de l'enseignement ; ex-aide-chirurgien volontaire pendant la guerre de 1870-71, ex-médecin sanitaire, etc.

Si les faits sont exacts et tels que les expose M. le Dr Albenois, et personne n'a le droit de les mettre en doute, sans enquête approfondie et preuves irréfutables, nous estimons que le BUREAU DES BOUCHES-DU-RHÔNE *a agi bien légèrement, nous pensons que, dans une circonstance aussi grave, le Conseil de l'Association aurait dû être consulté.* A. C.

BIBLIOGRAPHIE

Manuel d'Embyologie humaine et comparée, par Ch. DEBIERRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, 321 fig. 8 planches en couleurs.

M. *Debierre*, professeur agrégé à la Faculté de *Lyon*, vient de publier un *Manuel d'Embryologie humaine et comparée* qui comble une véritable lacune dans notre littérature scientifique.

Chaque jour, dans l'étude des organes normaux ou pathologiques, nous avons le besoin impérieux de recourir au développement, à l'Embryogénie.

Le professeur *Mathias Duval* le montrait naguère dans son cours d'ouverture.

Il nous manquait en *France*, un ouvrage élémentaire, synthèse des faits acquis, pouvant servir de repère et de guide au milieu des amas de notes, de mémoires, ou de traités plus ou moins incomplets ou trop complets, qui ont constitué, jusqu'à ce jour, une science encore soumise elle-même à l'évolution, et dont la contradiction souvent trop evidente, rebutait les esprits les mieux disposés.

Dans l'ouvrage qu'il nous présente, l'auteur par une ingénieuse progression du simple au composé fait passer sous nos yeux les organismes inférieurs et nous montre alors le développement des animaux et de l'homme. Les régions, les systèmes, les tissus, ont ensuite leur tour. Enfin, chaque chapitre se termine par des considérations sur l'évolution morphologique considérée dans la série ; la généralisation fait alors entrevoir les enchaînements du monde animal et soulève les problèmes étonnants de la zoologie philosophique.

Ajoutons que figures, schémas, planches en couleurs, n'ont pas été épargnés et nous aurons dit que ce manuel est d'une utilité pratique incontestable pour *l'étudiant* et pour le *praticien* qui veut se tenir au courant de la science moderne.

A LA LIBRAIRIE O. DOIN, 8, PLACE DE L'ODÉON PARIS.

Chacun sait que Ch. *Robin* collabora avec *Littré* aux rééditions du *Dichounam de Nysten*, œuvre de

propagande pour la méthode scientifique d'*Auguste Comte* dont il fut fervent admirateur. Mais, après la mort de Littré, par suite d'une affaire commerciale dont on parla beaucoup, *Robin* eut la douleur de voir un éditeur intéressé, dénaturer les idées de son collaborateur défunt. Il reprit alors pour son propre compte et recomposa seul une édition de ce volumineux ouvrage, avec une refonte complète de la rédaction. A son tour, Robin vient de mourir; mais il laisse un dernier monument de cette puissance de travail qui lui permit d'aborder tant de questions.

Nous n'oserions pas faire ici la critique scientifique du nouveau *Dictionnaire abrégé de méd., de chirurgie et de pharmacie*, mais nous pouvons dire que cet ouvrage est remarquable par la rigoureuse fidélité de l'étude étymologique qui est le guide indispensable de l'orthographe quelquefois difficile des termes scientifiques ; par la concision stricte des définitions, où l'on retrouve ça et là le cachet du style de Robin, presque bizarre à force d'être complet et concis tout à la fois, mais sans cesser d'être clair.

BULLETIN DES SYNDICATS

L'article additionnel à la loi sur les Syndicats professionnels. — Action que nos confrères peuvent et doivent exercer.

Dans un précédent article, nous avons invité tous les membres des Syndicats à intervenir près de leurs représentants, afin d'obtenir un article additionnel à la loi du 21 mars 1884. Il est, en effet, indispensable de rendre à cette loi le caractère de généralité que ses auteurs ont incontestablement voulu lui donner, et que les juges de Domfront, de Caen et de la Cour de Cassation, enchaînés par une rédaction qui a trahi l'esprit des législateurs, n'ont pas cru devoir lui attribuer.

Le moment est venu où nous ne saurions rester indifférents, et où la nécessité d'agir nous paraît s'imposer d'une manière urgente et impérieuse. Nous attendions avec impatience le dépôt d'un projet qui devait être fait par l'honorable M. Lyonnais, député de la Seine-Inférieure, dont les sentiments nous sont bien connus et le concours assuré.

Devançant son collègue au corps législatif, M. le Dr Dupuy, (de Vervins), député de l'Aisne, membre du CONCOURS MÉDICAL, déposait, le 5 février dernier, sur le bureau de la Chambre, l'article additionnel suivant : « Les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels sont applicables aux médecins. » La question qui nous occupe est donc maintenant engagée, et, quelle que soit la lenteur nécessaire de la procédure parlementaire, on ne saurait considérer comme éloigné le moment où le Parlement aura à se prononcer catégoriquement et d'une manière définitive.

Les promesses qui nous ont été faites, celles qu'ont reçues un très grand nombre de nos confrères, et qu'ils ont bien voulu nous faire connaître, ne laissent subsister aucun doute dans notre esprit. La Chambre actuelle ne se montrera pas moins libérale que sa devancière, et bientôt le corps médical ne se trouvera plus exclu des bénéfices d'une loi, que ses auteurs avaient voulu faire très large et très libérale, et dont l'application qu'en ont faite les tribunaux nous mettait précisément hors du droit commun.

Pour notre part, nous n'avons jamais cessé de protester contre l'interprétation des magistrats qui nous a toujours paru en désaccord absolu avec les déclarations faites au Sénat comme à la Chambre des députés, et nous sommes heureux de voir venir le moment où toute équivoque sera enfin dissipée.

Il n'est pas nécessaire de disserter sur les motifs qui démontrent, pour les médecins, l'utilité des Syndicats professionnels. Nous avons suffisamment insisté sur ce point pour n'y pas revenir. Il est cependant quelques faits que nous voulons relever, parce qu'ils nous paraissent avoir une valeur capitale.

Au lendemain du jour où fut rendu public l'Arrêt de la Cour de Cassation, dans l'affaire désormais célèbre de Domfront, l'*Union médicale* publiait une note que nos lecteurs connaissent, dans laquelle M. Vanesson, conseil judiciaire de l'Association, déclarait qu'*il n'y avait plus de question des Syndicats*; *que les Syndicats médicaux n'avaient qu'à se dissoudre!*

Or, que s'est-il passé depuis lors ? Les Syndicats médicaux se sont-ils, en effet, dissous? Nullement: Les syndicats qui existaient alors existent encore aujourd'hui. Ils ont tenu leurs réunions habituelles; ils ont continué à étudier les questions professionnelles les plus importantes et les plus graves, affirmant ainsi le réveil, ou tout au moins le développement de l'esprit de confraternité et de solidarité qui doit toujours nous unir.

Mais ce n'est pas tout : un certain nombre d'entre eux ont modifié leurs statuts, que les tâtonnements et l'inexpérience inévitables des débuts avaient laissés un peu défectueux. Ils ont tenu à les rendre irréprochables, dans la mesure du possible, tout en reconnaissant que les circonstances et les enseignements de l'avenir pourront obliger à y introduire des modifications devenues nécessaires.

D'autres se sont formés qui n'existaient pas lors de l'arrêt rendu par la Cour suprême. Un grand nombre sont encore aujourd'hui à l'état de projet, et ne tarderont pas à grossir le chiffre très respectable de ceux qui fonctionnent régulièrement.

De son côté, l'administration n'a cessé de témoigner de sa bonne volonté vis à vis des syndicats. Partout on a mis à leur disposition les locaux dont les municipalités ou les préfectures peuvent disposer pour y tenir leurs réunions. Les mairies n'ont pas cessé de recevoir les dépôts de statuts et les désignations des membres des bureaux. Bien plus, les administrations publiques ont contracté l'habitude de s'adresser à eux pour certains services, où leur intervention a été très efficace au point de vue de la défense des intérêts professionnels. Ils ont montré partout, qu'ils voulaient, qu'ils pouvaient et qu'ils savaient être utiles : partout, en un mot, ils ont fait preuve de vitalité en même temps que de sagesse et de modération.

Ces qualités, autant que les services rendus, ont peu à peu approprié les associations syndicales aux mœurs du corps médical sur lesquelles, à leur tour, elles ont exercé une action moralisatrice incontestable. Aussi, de la part du public, les défiances et, disons le mot, les répugnances de la première heure se sont promptement dissipées et ont fait place à des

sentiments d'une nature toute différente. Plus d'une fois ces clients ont pris les bureaux des syndicats pour arbitres des difficultés survenues avec leur médecin.

Tous ces faits que nous prenons au hasard et que nous pourrions multiplier à l'infini ne prouvent-ils pas l'utilité de semblables institutions?

Que partout nos confrères imitent donc ce qui s'est passé dans les Vosges et dans la Gironde. Que partout les membres des divers syndicats exposent leurs légitimes réclamations aux représentants de leur région, et il n'est pas douteux, que le succès le plus éclatant ne vienne bientôt couronner nos efforts collectifs.

Sans doute, il est difficile de mettre en mouvement le corps médical. Habitué à vivre en quelque sorte isolé (je parle surtout de la grande masse des médecins des campagnes ou des petites localités) le médecin ne sait trop souvent que se plaindre des misères de la profession. Il les voit, il les ressent vivement: il comprend qu'il y a un remède à ces maux. Mais comme il n'a jamais vu réaliser aucune amélioration, il s'imagine volontiers qu'on n'en obtiendra jamais! Et quand on le sollicite de sortir de cette inertie pour ainsi *dire constitutionnelle,* il vous répond presque invariablement: A quoi bon? — A quel résultat aboutirez-vous? — Est-ce que l'on songe à nous?

Braves confrères qui tenez ce langage, avez-vous bien réfléchi à l'importance du rôle du médecin? Et croyez-vous franchement que nos représentants soient assez dépourvus du sentiment de la plus élémentaire justice pour vouloir laisser éternellement dans l'oubli une profession dont le rôle social, déjà si considérable, tend chaque jour à prendre une plus grande importance? Est-ce que, à défaut de ce sentiment d'équité, leur propre intérêt ne leur commanderait pas d'écouter avec bienveillance nos justes réclamations?

Est-ce que, par hasard, vous seriez retenus par des scrupules de conscience, respectables sans doute, mais à coup sûr exagérés! — Vous n'osez pas élever la voix pour formuler des réclamations en votre faveur! Voilà le sentiment qui vous obsède.

Et qui donc, s'il vous plaît, peut mieux que nous faire connaître nos désirs et nos besoins? Qui peut mieux édifier nos législateurs sur une situation dont le plus grand nombre d'entre eux ne se font pas une idée? Si nous ne réclamons pas, pensent-ils, c'est que nous n'avons aucune réclamation à élever!

Et puis, est-ce une faveur isolée, profitable à celui-là seul qui la demande, que nous vous engageons à solliciter? S'il en était ainsi, je comprendrais les répugnances que soulèverait une semblable démarche. Mais loin de là: nous demandons la réparation d'un oubli en faveur de tous les membres d'une profession possédant en France plus de vingt mille représentants qui comptent parmi les citoyens les plus instruits, les plus éclairés, — et, hélas! — les plus deshérités de la nation! C'est donc, au premier chef, une œuvre de justice à laquelle nous convions nos élus, et c'est pour nous un devoir étroit de les éclairer et de leur fournir des renseignements que SEULS nous avons qualité pour leur donner. Dr AD. BARAT-DULAURIER.

Syndicat de Corbeil.

Procès-verbal de la réunion du 24 janvier 1886.

Le Syndicat s'est réuni en assemblée générale à Corbeil, Hôtel de Bellevue, le 24 janvier 1886. Etaient présents: MM. Bouche, Daussure, Cros, Fournier, Lhoste, Chairou, Ladmiral, Loison, de Saint-Martin, vice-président et Surbled, secrétaire.

En l'absence de M. Pépin, président, malade, M. de Saint-Martin ouvre la séance à 2 h. 1/2.

M. Maugenest s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

L'ordre du jour amène le projet de convention avec le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement de Corbeil pour une assurance contre les accidents. M. le secrétaire lit un rapport (1) sur ce projet, et la discussion s'engage sur les conclusions proposées.

M. Ladmiral fait observer que les patrons s'efforceront de diminuer les petits sinistres (qui sont les plus fréquents) en gardant dans leurs ateliers, avec un modique salaire, les ouvriers légèrement blessés. Cette pratique serait très préjudiciable pour nous, et notre confrère propose d'y obvier par l'article suivant: « Tout accident devra être déclaré au médecin et constaté par lui. » Le prix de 15 fr. par sinistre est accepté.

MM. Boucher et Ladmiral font observer que certains accidents graves ne peuvent être convenablement soignés à domicile. Dans l'intérêt des ouvriers, comme dans celui des patrons, le transport à l'hôpital s'impose. Nos confrères proposent donc de voter ce qui suit: « Toutes les fois que le blessé est atteint d'un accident grave qui ne peut être utilement soigné à domicile, le médecin ordonne son transport à l'hôpital le plus voisin.

En cas de refus, les soins cessent d'être dus et sont à la charge du blessé. »

L'ensemble du projet est adopté; et le bureau est chargé de le présenter au bureau du syndicat des entrepreneurs.

M. Surbled, trésorier, expose l'état de la caisse:

En caisse au 31 décembre 1884		217 fr. 15
Recettes	264 fr.	
Intérêt de banque	7 fr. 65	
Dépenses	185 fr. 20	
Reste en caisse		303 fr. 60

Il est procédé à l'élection du bureau pour 1886. M. Chairon est nommé président.

MM. de Saint-Martin et Surbled sont réélus vice-président et secrétaire-trésorier.

Le banquet est fixé au 10 février.

Des démarches seront faites par le bureau auprès du préfet de Versailles et des conseillers généraux pour obtenir une meilleure organisation du service d'inspection des nourrissons.

La séance est levée à trois heures et demie.

Le serétaire: Dr SURBLED (de Corbeil).

(1) Ce rapport sera publié dans le prochain numéro.

Directeur-Gérant [illegible]

Paris, typ. de [illegible], 326 rue de Vaugirard.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

L'hygiène et la prophylaxie prennent une place de plus en plus marquée dans les préoccupations des médecins. C'est là une des conséquences les plus heureuses des progrès réalisés depuis 25 ans dans la connaissance de la pathogénie des maladies. Les hommes les plus en vue dans la science, quand ils ne sont pas aveuglés par un inexplicable esprit de réaction contre les idées pastoriennes, se consacrent avec prédilection à l'étude des questions d'hygiène et de prophylaxie qui en découlent. Nous avons appris avec grand plaisir qu'un savant aussi distingué que M. le professeur Grancher s'occupait activement de contrôler les meilleurs moyens de désinfection que la physique, la chimie et la mécanique peuvent fournir au médecin. Comme il l'avait annoncé dès son entrée en possession de la chaire de Médecine des enfants, il a résolu d'appliquer à la prophylaxie des maladies contagieuses, qui forment la plus grande partie de la pathologie de l'enfance, les connaissances spéciales qu'il a acquises en bactériologie à l'école de M. Pasteur. Dans la dernière séance de la Société de médecine publique M. Grancher a exposé, dans un rapport d'une clarté qui est la véritable éloquence en de pareils sujets, les résultats d'expériences sur le **pouvoir désinfectant de la vapeur humide** à une température de 115°.

Ces expériences ont été faites avec M. Gariel. Il en ressort que la désinfection dans l'étuve à air sec, encore usitée malheureusement dans nos hôpitaux d'enfants pour la désinfection des vêtements, objets de literie etc., est un procédé très défectueux, qui ne réussit pas à tuer définitivement les germes les plus contagieux. Au contraire la vapeur humide sous une pression de 0 kg. 75, à 115°, 5, après avoir agi pendant 15 minutes, a détruit d'une façon absolue, comme l'a dit M. Grancher, les microbes pathogènes et leurs spores (charbon, rouget, bacille de Kock, bacillus subtilis, etc.) Il n'y a donc plus à hésiter : il faut que l'administration hospitalière applique aussitôt que possible les étuves à chaleur humide dans tous les hôpitaux et en premier lieu dans les hôpitaux d'enfants.

— Nous lisons dans le *Lyon médical*, sous la signature autorisée de M. C. Vinay, un bulletin intitulé *contre la variole* dans lequel notre confrère signale l'état d'infériorité où la deuxième ville de France se trouve au point de vue de l'**isolement des maladies contagieuses** et notamment des varioleux, situation d'autant plus fâcheuse que la variole semble menacer de nouveau Lyon où elle avait, pendant le seul été de 1884, déterminé près de 350 décès. Il paraît d'ailleurs que, par contre, le service municipal de la vaccine y fonctionne d'une manière parfaite. Mais l'isolement ne saurait être réalisé efficacement en France tant que la loi n'aura pas armé l'autorité de pouvoirs suffisants pour rendre aussi prompte que possible la déclaration des cas de maladies épidémiques.

« L'expérience que nous offre un pays voisin, l'Angleterre, est à cet égard des plus instructives. Dans certaines villes, la déclaration des cas de maladies épidémiques, de variole plus spécialement, est obligatoire pour les médecins et pour les chefs de famille. La déclaration à l'office sanitaire donne droit à une allocation de 3 francs pour le médecin traitant, une fois que la justesse de son diagnostic a été vérifiée, et ceux qui s'y refusent sont passibles d'une amende variant avec chaque ville, mais pouvant s'élever à 125 francs.

Cette disposition, qui semble vexatoire aux habitudes routinières des races latines, a été cependant aisément acceptée par les intéressés et, paraît-il, exécutée loyalement. Les hôteliers même sont parmi ceux qui l'approuvent le plus, loin de redouter la publicité. »

Notre confrère continue très-spirituellement son exposé de notre infériorité au point de vue de la prophylaxie des maladies contagieuses, vis-à-

vis de nos voisins d'Outre-Manche, chez lesquels la loi sanitaire imposée aux grandes villes d'Angleterre et d'Ecosse a préservé déjà huit fois Edimbourg de la variole, en raison de la prompte information des autorités, qui ont prescrit la désinfection et l'isolement complet des premiers malades.

M. Vinay montre combien il est ridicule que la santé des animaux soit mieux protégée chez nous que celle des hommes ! « La loi Grammont est antérieure de 23 ans à la loi Roussel qui a pour but de secourir les petits enfants ; et les Sociétés protectrices des animaux ont précédé de longtemps les Sociétés protectrices de l'enfance.

Oui, il s'est trouvé des cœurs sensibles qui ont gémi sur les misères du cheval de fiacre, qui se sont attendris devant les tribulations des bêtes à cornes, avant de songer aux 100,000 nourrissons qui, chaque année, mouraient en France, faute de soins. La question de la muselière a préoccupé des esprits positifs bien avant celle du biberon, probablement eu raison de sa plus grande importance.

Aujourd'hui encore, quand on considère les mesures de police sanitaires relatives aux maladies contagieuses, on observe pareille discordance, toujours en faveur des animaux.

D'après la loi du 21 juillet 1881, il y a obligation pour les détenteurs et pour les vétérinaires de déclarer les animaux, soupçonnés ou atteints de maladies réputées contagieuses. Ces animaux doivent être isolés et séquestrés immédiatement, il y a même interdiction de les transporter et de les enfouir avant l'examen du vétérinaire. Le préfet peut prononcer l'interdiction des localités envahies, prescrire la désinfection des écuries et véhicules contaminés, ou même la destruction des objets à l'usage des animaux.

Qu'on veuille bien remarquer que le législateur n'a pas visé seulement certaines maladies comme la rage, la morve ou le charbon, qui sont transmissibles à l'homme, mais il s'est préoccupé, et à juste raison, de la péripneumonie, de la dourine, de la clavelée, etc., toutes maladies qui n'ont que des rapports fort éloignés avec la pathologie humaine.

Pour l'homme, au contraire, la loi française semble avoir compté à peu près exclusivement sur l'intervention de la Providence. Un varioleux peut impunément promener ses croûtes dans les voitures publiques, les lieux de réunion, les églises, les théâtres, etc., il peut infecter un nombre infini d'individus et leur donner une maladie mortelle sans qu'il y ait une puissance capable de l'arrêter et de lui rappeler l'article du Code civil d'après leqnel chacun est responsable du tort qu'il fait à autrui.

Résultats de l'application de la méthode pour prévenir la rage après morsure. M. Pasteur a lu à l'Académie des Sciences, lundi dernier, et à l'Académie de Médecine le lendemain, une note par laquelle se trouvent confirmées les légitimes espérances de succès qu'avaient fait concevoir ses premières inoculations préventives de la rage après morsure. Les deux premiers inoculés, dont les noms sont désormais historiques, Meister et Jupille, ont été mordus, l'un il y a huit mois, l'autre il y a quatre mois et demi, et sont en parfaite santé. Depuis ces deux premières inoculations jusqu'au 25 février, M. Pasteur, aidé par le docteur Grancher, « dont le dévouement et le zèle sont au-dessus de tout éloge », a inoculé 350 personnes. Il n'a pas été peu surpris de voir venir tant de personnes mordues par des chiens enragés, mais les raisons pour lesquelles les morsures de chiens rabiques semblaient moins fréquentes, sont de toute évidence. L'incurabilité admise du mal poussait les malades et leur entourage à tenir

---

FEUILLETON

Cercle médical du pays Quingeois.

LE SECRET MÉDICAL.

Séance de novembre 1885.

(Suite)

— On est flatté d'entendre parler des malades qu'on a guéris et il ne déplaît pas que la conversation soit mise sur leur sujet. Comme cette disposition d'esprit n'échappe pas au paysan, qui est naturellement très curieux, il s'y prend très adroitement pour interroger l'homme de l'art et pour lui tirer, comme on dit, les vers du nez. Il caresse ou, ce qui est encore plus sûr, il émoustille sa vanité. *Vous avez laissé mourir ce pauvre Colbus, M. le docteur ? Pourtant vous aviez bien sauvé son voisin !... Colbus paraissait pourtant doué d'une riche et belle santé !... On aurait dit qu'il était bâti à chaux et à sable... C'était des apparences !... Est-ce qu'ils n'ont pas des humeurs dans la famille ? Est-ce que Colbus n'était pas d'un mauvais sang ? Et n'avait-il pas une jambe qui coulait ?...* Et voilà notre médecin amené peu à peu sur la pente des indiscrétions.

— Oh ! les maudits questionneurs !

Pour arriver à leur fin, il procèdent en douceur, avec insinuation et politesse, ayant recours à des formules capitonnées, qui sont banales, mais qui passent quand même : *Vous direz, M. le docteur, que je suis bien curieux..... Excusez mon indiscrétion, M. le docteur... C'est bien hardi de ma part*, etc.

Et en effet, c'est très hardi et même un peu effronté. Mais le moyen de ne pas répondre ? C'est Ravot, un des gros bonnets du pays, qui nous interroge : nous avons à compter avec lui et à ménager sa susceptibilité. Tout le monde n'a pas, comme Bijard, le talent de remettre à sa place un indiscret. Ce Bijard était un modeste garde sémaphore au chemin de fer. Un jour, il s'en revenait de Besançon, où il était aller consulter le médecin de la compagnie, et il se traînait péniblement au bras de sa femme, quand il fut accosté, à l'entrée du village, par

secrète la morsure.

M. Pasteur n'a inoculé que les personnes mordues par des chiens reconnus authentiquement enragés par des vétérinaires ou des médecins, et sur des parties du corps découvertes ou dont les vêtements avaient été visiblement troués par les crocs, pour éviter la critique d'avoir traité des gens qui n'auraient pas été vraiment infectés par la morsure. Dans quelques cas exceptionnels, M. Pasteur n'a pu se soustraire à l'obligation de traiter des personnes mordues par des chiens suspects qui avaient disparus, parce que ces personnes, outre le danger possible de leurs morsures, vivaient sous l'empire de craintes capables d'altérer leur santé. Sur les 350 observations qu'il possède, M. Pasteur a cité une série de vingt-cinq personnes mordues, arrivées pendant une période de dix jours à son laboratoire, d'âges, de sexes, de conditions différentes, cautérisées ou non.

Il a ensuite raconté en détail le seul cas dans lequel le traitement a été inefficace. Une enfant de dix ans, mordue à la tête par un gros chien de montagne, le 3 octobre, et dont la plaie était encore purulente le 9 novembre, ne fut amenée à M. Pasteur que 37 jours après la morsure. Celui-ci aurait peut-être dû, dans l'intérêt scientifique de la méthode, refuser de soigner cette enfant arrivée si tard et dans des conditions si graves ; mais par un sentiment d'humanité, et en face des angoisses des parents, il se serait reproché de ne pas tout tenter. L'enfant mourut le 3 décembre, d'accidents rabiques caractérisés, onze jours seulement après la fin du traitement. Pour trancher la question de savoir si la mort avait été causée par le virus rabique de la morsure, ou par celui des inoculations préventives, on trépana le crâne dans la région de la blessure et on inocula, avec la substance cérébrale, deux lapins qui moururent de rage paralytique, dix-huit jours après ; l'inoculation de la moëlle de ces lapins en tua deux autres, après une incubation de quinze jours. Or, si la mort avait été due aux effets du virus des inoculations préventives, et non à celui de la morsure du chien, l'incubation de la rage chez les seconds lapins inoculés, aurait été de sept jours au plus ; cela ressort des expérimentations antérieures de M. Pasteur.

Sur les 350 inoculés, jamais on n'a eu d'abcès, ni de phlegmon, seulement un peu de rougeur œdémateuse à la suite des dernières inoculations.

Pour apprécier la légitimité des conditions favorables admises par M. Pasteur, au sujet de l'efficacité de sa méthode, il suffit de se rappeler que les statistiques les moins défectueuses, celles de M. Leblanc, indiquent, en moyenne, un mort par rage sur six mordus, et fixent la date de l'explosion de la rage, en moyenne, dans les quarante à soixante jours qui suivent les morsures. Or, sur les personnes de tout âge et de tout sexe, déjà traitées par la nouvelle méthode, cent ont été mordues depuis plus de deux mois et demie. La seconde centaine a plus de six semaines et deux mois de morsure. Pour les cent-cinquante autres traitées ou en traitement, tout se passe jusqu'à présent comme pour les deux cents premières.

La prophylaxie de la rage après morsure est donc fondée. Il y a lieu de créer un établissement vaccinal contre la rage.

Après la communication de M. Pasteur à l'institut, M. Vulpian a insisté sur la nécessité de cette création, au sujet de laquelle M. Pasteur a donné quelques détails. Il pense qu'un seul à Paris suffirait pour l'Europe et l'Amérique du Nord. Le fonctionnement d'une pareille institution n'exigerait pas une dépense annuelle de plus de 50.000 francs. Une souscription publique, internationale même, avec le concours moral de l'Etat, suffira. Le président de l'Académie dit que la France es t

---

M. le maire de l'endroit, personnage à particule, qui faisait alors la pluie et le beau temps. C'était quelques jours avant le scrutin qui devait avoir lieu pour le choix d'un député. Il y avait, bien entendu, deux candidats en concurrence, un rouge et un blanc. *Paur qui votez-vous dimanche, Bijard*, lui demande M. le maire à brûle-pourpoint ? — *Et vous, monsieur le comte*, fait naïvement notre garde sémaphore ? — *Oh! moi, je vote pour le bon!* — *Et moi aussi*, dit Bijard, qui se remit à marcher. Le comte avait fait volte-face.

— Où l'on est bien tenté de causer trop, mes amis, dit Roguin, c'est quand il s'agit de gens que nous avons particulièrement obligés, dont nous avons, — par discrétion, bien entendu, — caché les prédispositions malsaines, les cachexies, les vices de santé, et qui nous quittent pour prendre un autre médecin, non sans déchirer notre réputation et nous faire tout le mal possible.

— Ceci, en effet, dit Justus, constitue un véritable danger pour nous.

— Nous avions cru ces gens franchement de nos amis ; nous les servions avec un véritable dévouement ; mais voilà qu'un enfant leur étant mort de tubercules, dont la famille est entachée, ils nous accablent de malédiction, et de mépris ; il n'y a plus assez d'eau à la rivière pour nous laver ; ils nous traitent d'ignare et d'assassin, le pharmacien, Maîtréjean, leur ayant dit que l'enfant était mort d'une fièvre de vers et non d'une méningite... Ah! qu'on serait tenté de crier par dessus les toits : Mais ne les écoutez pas ! Dans cette famille, c'est une engeance à scrofule et à phthisie !...

— Oui, c'est là, répète Justus, l'écueil où notre honnêteté risque de sombrer.

— Comment se conduire dans ce cas-là ? demande Kœnig.

— Laisser passer la haine des gens ; ne répondre à leur méchante humeur et à leur injustice que pour montrer qu'elles sont impuissantes à nous faire sortir de nous-mêmes. C'est bien tentant, j'en conviens, de pécher contre nos devoirs professionnels ; mais où serait le mérite de rester honnête, si les fautes n'étaient pas accompagnées de tentation ? La discrétion serait-elle une vertu, si elle n'était très souvent pénible à pratiquer ?

— Vous avez une philosophie vraiment chrétiennes

assez riche pour payer sa gloire. Sur la proposition de M. Bertrand, une commission, nommée dans le sein de l'Institut, et à laquelle M. de Freycinet est heureux de s'associer au nom du gouvernement, va hâter la réalisation du projet de M. Pasteur. Celui-ci termine en émettant l'espérance que peut-être un jour on viendra, par la méthode qu'il a créée, à traiter utilement les autres maladies contagieuses, notamment la diphtérie.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des tuberculoses articulaires. (1)

(*suite*).

TRAITEMENT DES ARTHRITES TUBERCULEUSES DES DIVERSES RÉGIONS.

Blasius et Heyfelden ont avancé que la résection était de beaucoup moins grave que l'amputation; cependant le Dr Pamétrin, en 1865, relevait une mortalité de 32 0/0 dans la résection, de 35,8 dans l'amputation. Aujourd'hui, grâce aux précieux avantages de la méthode sous-capsulo périostée, la résection du coude a gagné le procès. L'amputation ne peut plus convenir qu'aux cas où la région, entièrement désorganisée, est tranformée en une masse de tissu larduré, et où les os sont profondément altérés; en somme, quand tous les éléments de séparation de la jointure sont détruits.

La résection, au contraire, a l'avantage inappréciable de conserver un membre utile, quelquefois ankylosé, il est vrai, mais souvent aussi pourvu de mouvements qui s'exécutent dans de bonnes conditions. La reproduction du tissu osseux, la reconstitution des surfaces articulaires sont très notables dans la plupart des cas; l'ankylose est plus fréquente que la néarthrose flottante; et souvent aussi on obtient la formation d'une néarthrose solide, pouvant rendre à l'opéré les plus signalés services. Holmes sur douze résections du coude, compte sept guérisons complètes, deux avec articulations flottantes. Sur dix-sept pas publiés par Kappeler et Wertsch, quatre mamalades sont morts de phthisie ou de méningite; trois ont subi l'amputation secondaire du bras, quatre seulement ont eu de bonnes néarthroses.

Ces résultats sont de beaucoup dépassés en France; pour M. Ollier la réussite est la règle invariable, et les malades qu'il a opérés peuvent porter à bras tendu de 2 à 17 kilogrammes. Il ne faut pas craindre de faire la résection très large ici, à cause de l'étroitesse des surfaces articulaires, les opérations économiques (ruginations, tunellisations) sont peu praticables et typiques. L'opération se fait d'après les principes généraux

(1) Voir *Concours médical*, 1885, Nos 38, 50.

ami Justus; mais elle ne s'accommode guère à mon tempérament, fait Kœnig en riant. J'aime mieux tuer le diable que d'attendre que le diable ne me tue. C'est un vieux dicton Franc-Comtois d'après lequel je règle ordinairement, ma conduite, et ma foi je ne m'en suis pas trouvé mal jusqu'ici. Les méchants auraient trop beau jeu, si personne ne se trouvait là pour leur river les clous !.

— En répondant par des propos indiscrets aux propos malveillants d'un homme sans éducation, j'aurais peur, dit Justus, de me mettre un peu à son niveau. D'ailleurs c'est de moi qu'il s'agit, *de re meâ agitur*; ce sont mes actes que cet homme vilipende; je ne puis pourtant pas les défendre comme je défendrais ceux d'un confrère ?

— Et pourquoi pas !

— Parce qu'ici je suis en quelque sorte juge et partie. J'aurais beau faire, mes appréciations seraient toujours, et non sans raison, suspectées. Si je révèle ce que je dois taire et que mon ennemi soit accablé sous mes révélations, on dira que je vais trop loin, que je parle non pour me défendre, mais pour me venger. En me diffamant le mauvais client se donne tort; en le laissant dire et en ne l'imitant pas, je reste dans le droit absolu.

— Je crois que pour vivre en société, il faut se faire craindre et respecter.

— Et Justus estime qu'il vaut encore mieux se faire aimer. pense à haute voix le Dr Sévérin !

Pour résumer cette causerie, on pourrait formuler quelques règles de conduite.

1o Révéler sans nécessité ou sans utilité les faits relatifs aux malades qu'on a traités, c'est manquer à la discrétion la plus élémentaire; faire la révélation de ces faits, quand ils peuvent porter préjudice à quelqu'un, c'est manquer gravement à l'honneur professionnel.

2o La discrétion médicale ne peut pas empêcher qu'on révèle les causes d'un décès, si cette révélation est nécessaire pour défendre l'honorabilité d'une personne ou d'une famille.

3o La discrétion médicale ne saurait s'opposer non plus à ce que le médecin éclaire confidentiellement des parents sur les dangers d'une union malsaine.

4o La discrétion professionnelle n'est plus obligatoire pour le médecin, quand, en la violant, il doit sauver un

de toutes les résections ; nous conseillons surtout l'incision médiane verticale postérieure qui a l'avantage de conserver les rapports du tendon du triceps avec les parties fibreuses de l'avant-bras et à travers laquelle on peut successivement faire sortir très facilement les extrémités osseuses à diviser. Le coude sera ensuite immobilisé à angle droit au moyen d'une gouttière plâtrée laissant à son niveau une large fenêtre postérieure par où l'antisepsie parfaite de la plaie pourra être facilement surveillée. On devra imprimer à la région des mouvements de flexion et d'extension dès la troisième ou quatrième semaine après la résection afin d'obtenir la reconstitution d'une articulation mobile et utile. Nous avons pu examiner dans ces dernières années d'anciens reséqués du coude, jouissant d'une force très remarquable, l'un pouvait porter un seau plein d'eau ; l'autre, une femme, pratiquait toute la journée l'épilation des teigneux à l'hôpital Saint-Louis ; une jeune fille présentée récemment par M. le Dr Pozzi, à la société de Chirurgie, jouissait d'une amplitude de mouvements très remarquable.

3° *Arthrites tuberculeuses de l'épaule.* — La scapulalgie est loin d'être aussi fréquente que la tumeur blanche du coude dans ses premières périodes ; l'immobilisation, la compression ouatée (Nélaton, Crocq), les révulsifs extérieurs seront indiqués, et quand les accidents seront calmés, on aura souvent beaucoup de mal à lutter contre les roideurs consécutives et la fausse ankylose de l'épaule. Dans ces cas, le massage, les mouvements passifs imprimés au bras en différents sens par le chirurgien, tandis qu'un aide immobilisera l'omoplate, seront les meilleurs moyens de traitement. On pourra aussi, avec avantage, se servir de bandes de caoutchouc exerçant sur les leviers osseux une traction douce et continue.

Mais si les lésions osseuses augmentent et menacent l'état général, l'intervention opératoire est nécessaire. Autrefois on a pratiqué surtout la désarticulation de l'épaule, opération assez grave et ayant l'inconvénient de supprimer un membre sain terminé par une main que rien ne pouvait efficacement remplacer. La résection est de beaucoup préférable. On n'a pas à s'inquiéter ici, chez l'enfant ou l'adolescent, du raccourcissement du bras consécutif à l'ablation de la tête humérale ; que le membre supérieur soit un peu plus long ou un peu plus court, peu importe au point de vue fonctionnel. La reproduction de la tête osseuse se fait d'ailleurs très fréquemment ; dans sept cas, présentés par Ollier, le type anatomique s'est reproduit sensiblement ; bien que la tête fut réduite de volume, elle s'articulait avec la cavité glénoïde du scapulum. Il faut comme le conseillent Ollier, Duplay, Boeckel, agir avant que les membres de l'épaule soient notablement atrophiés. On pourra ainsi obtenir le rétablissement des mouvements ; l'abduction reste presque toujours assez limitée. Sans insister sur le manuel opératoire, nous conseillons l'incision verticale antéro-interne, partant du bord externe de la coracoïde et divisant verticalement le deltoïde ; une fois la tête humérale réséquée dans une étendue convenable, on s'assurera que l'angle de l'omoplate est en bon état, sinon on le ruginera profondément, quitte même à réséquer la cavité glénoïde au niveau de son col. Il sera prudent, surtout s'il y a beaucoup de fongosités, de placer un gros drain

---

innocent de la mort ou du déshonneur.

6° La discrétion professionnelle ne saurait obliger un médecin au silence en faveur du scélérat à qui il donne des soins, si ce scélérat est à la veille de commettre un nouveau crime. Dr PERRON.

De l'albuminurie dans le rhumatisme articulaire aigu.

Voici à quelles conclusions arrive dans sa thèse (Paris 1885), le Dr P. Chéron.

1° L'albuminurie est fréquente dans le rhumatisme articulaire aigu (4 0/0 environ). Sa valeur pronostique est très variable, et on peut, à ce point de vue, ranger les faits en trois groupes. Dans l'immense majorité des cas elle est l'indice d'une fluxion rénale rhumatismale et passagère. Dans les faits beaucoup plus rares, elle est l'un des symptômes : a) de l'embolie rénale de gros volume ; b) d'une néphrite qui généralement guérit, mais peut quelquefois entraîner la mort. On trouve alors presque toujours les lésions de la néphrite interstitielle.

2° Le rhumatisme favorise l'apparition de la néphrite cantharidienne.

3° L'emploi du salicylate de soude n'est pas contre-indiqué dans la grande majorité des cas de rhumatisme accompagné d'albuminurie.

BIBLIOGRAPHIE

Le *journal of Cutaneous and Venereal Diseases* 58 place Lafayette à New-York, à charge de directeur. M. le Dr Peffard est remplacé par M. le Dr Morrow. Ce journal est la seule publication en langue anglaise consacrée aux affections de la peau et vénériennes. Après trois ans de publication il est apprécié pour sa valeur scientifique et pratique. Il renferme des articles originaux, des lithographies coloriées et dessins remarquables, ainsi que nous pouvons en juger par le n° specimen que nous avons sous les yeux.

dans les parties déclives de la cavité. Antisepsie, mobilisation assez précoce, tels sont les principes généraux du traitement consécutif.

B. *Membre inférieur.* — *Arthrites tuberculeuses du cou-de-pied.* — Il est cliniquement assez rare que l'on ait affaire à une arthrite tuberculeuse limitée exactement à l'articulation tibio-tarsienne; le plus souvent, quelques articulations du tarse sont prises, et on sait avec quelle rapidité progressent souvent, dans cette région, les altérations tuberculeuses ostéo-articulaires. Au début l'immobilisation est de rigueur et le pied sera utilement placé à angle droit dans une gouttière de fil de fer, ou même encore dans une gouttière plâtrée qui laissera apercevoir la partie antérieure du cou-de-pied et ses faces latérales. Mais la plupart du temps tous ces moyens ne réussissent point, et il faut prendre une décision plus radicale.

Il y a là une difficulté qui ne se rencontre point dans les autres régions; il est presque impossible d'apprécier exactement l'étendue des lésions osseuses. Aussi est-il souvent arrivé que la récidive survenant après une résection, même étendue et, qu'il fallait en arriver secondairement à l'amputation. De plus, quand une résection est obligée d'enlever la plus grande partie du massif tarsien, il arrive souvent que cette vaste perte de substance n'est point comblée d'une manière suffisante, et le pied déformé et affaibli est presque impropre à la marche. Pour MM. Follin et Duplay, toutes ces raisons militent en faveur de l'amputation, et pour eux cette opération doit être faite aussi bas que possible afin de pouvoir user d'un appareil prothétique remplaçant le pied. Doit-on aujourd'hui être aussi radical?

Bien que la limitation du mal dans le massif des os spongieux du tarse soit très difficile, et que la disposition anatomique de la région favorise les récidives, ne peut-on toujours commencer l'intervention opératoire comme si l'on voulait faire une résection, quitte à amputer, si l'on reconnaissait, au cours de l'opération, des lésions trop étendues. Il faut alors prévenir le malade et obtenir son consentement à toute éventualité, afin que sa surprise ne soit point trop vive, au réveil, de se voir privé d'un organe qu'il espérait conserver. Spillman dans son travail, qui résume trente-sept faits de résection pathologique du cou-de-pied, indique vingt-deux guérisons complètes, sept amputations consécutives et sept morts. Hamock, rapportant vingt-huit faits de résection, compte vingt guérisons, deux amputations consécutives et cinq morts. Un travail publié en 1881, par M. Poinsot (1), donne des résultats plus consolants. Sur quarante-deux faits nouveaux qu'il a pu réunir, il y a eu trente-et-une guérisons immédiates, trois morts et huit amputations consécutives, dont un décès. La mortalité est donc tombée à 4,42 0/0. Le résultat est donc satisfaisant, et l'insuccès ne doit plus s'observer que dans le cinquième de cas environ. En somme, lorsque les lésions sont bien limitées, on peut recourir à la résection qui portera sur la mortaise péronéo-tibiale, l'astragale, et même sur d'autres os s'il est nécessaire. L'ankylose à angle droit du pied avec la jambe est le meilleur but à rechercher. L'écueil de la guérison est la subluxation consécutive que l'on a si souvent observée.

Le Professeur Verneuil conseille, pour l'éviter, de faire la ténotomie des adducteurs et des abducteurs du pied. M. Farabeuf et le Professeur Ollier enseignent que la cicatrisation ne doit pas être trop rapide si l'on veut obtenir une production suffisante de tissu fibreux cicatriciel qui resserrera ainsi les vides laissés par les os extirpés.

Sommes toutes, vu que l'astragale est le plus souvent attaqué dans l'arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne, il ne faut pas hésiter, dit M. Ollier, à l'attaquer de bonne heure; l'extirpation de l'os est l'opération de choix, elle permet de vérifier ensuite l'état des malléoles et de la mortaise tibio-péronière. Comme on ne sait souvent si on fera une simple résection ou une amputation, le Dr Reverdin (de Genève) a proposé d'aller extirper l'astragale au moyen d'une incision courbe postéro-externe, permettant de ménager les tendons péroniers, et ouvrant une large voie vers l'os malade, une fois celui-ci enlevé si l'on est obligé d'amputer le pied on n'a qu'à reprendre dans l'extrémité dorsale de l'incision et à tailler le lambeau interne et plantaire classique dans la désarticulation du cou-de-pied.

5° *Arthrites fongueuses du genou.* - La tumeur blanche du genou est certes une des formes les plus graves de tuberculose articulaire. Généralement elle débute par la synoviale chez l'adulte, tandis que les os sont le plus souvent atteints primitivement chez l'enfant. La première indication au début de l'affection à tout âge, est l'immobilité absolue, dans l'extention rectiligne. On combat ainsi la tendance habituelle à la flexion du membre. Quand il y a un léger degré de flexion, souvent on peut arriver à le réduire progressivement, au moyen d'une bandage ouaté fixant le membre sur une gouttière rigide. Si la flexion est déjà plus accentuée, on devra pratiquer le redressement brusque, sous l'action du chloroforme. *La cautérisation actuelle* linéaire ou ponctuée, suivie de compression ouatée, donne souvent de très bons résultats dans le jeune âge. Mais si des abcès ossifluents surviennent, il faut les ouvrir avec toutes les précautions antiseptiques, on pourra injecter de

(1) Poinsot, in Revue de Chirurgie, 1881.

l'éther iodoformé, et quelquefois amener la fin de la suppuration.

Mais la suppuration peut devenir considérable et menaçante, les fongosités peuvent désorganiser rapidement la capsule articulaire, que faire? Amputer ou réséquer comme dans les autres régions; il est des circonstances qui commandent d'amputer la cuisse. Le malade est affaibli par la suppurasion et ne peut faire les frais du travail réparateur d'une résection. La disposition du tissus est telle que la capsule effondrée permet aux os de jouer l'un sur l'autre, l'amputation est certes la meilleure ressource.

On aura soin de se tenir le plus près possible des condyles du fémur (amputation dans le tiers inférieur). Quelle est maintenant la valeur de la résection du genou ? M. Lefort a tenté de réhabiliter cette opération parmi nous, mais on n'est pas encore tout à fait fixé sur sa valeur. Sa mortalité a notablement diminué 20 0/0, pour Lister, seulement 12 0/0, d'après une statistique plus récente de Culberston. Mais les conditions de l'opération sont bien différentes avec l'âge. Les épiphyses tibiale et fémorale qui forment le genou, sont en effet proposés chez l'enfant et l'adolescent à l'accroissement du membre en longueur, si on enlève la région des cartilages dia-épiphysaires on arrête en grande partie cet accroissement, et on a un racourcissemement fatal du membre. Il ne faut donc pas, comme l'a si bien démontré Ollier, pratiquer de résection ultra-épiphysaire avant douze a quinze ou dix-huit ans.

On devra se contenter des opérations économiques, arthrotomie, râclage des fongosités, rugination des portions osseuses malades, évidements, tunellisations, etc., seront mis en usage, et pourront donner de très bons résultats. Chez l'adolescent et l'adulte, au contraire, la résection du genou pourra être tentée. Mais elle demande un certain nombre de précautions. Comme on recherche, avant tout, l'ankylose post-opératoire, il faut conserver la plus grande quantité possible de tissus ossifiables, de tissus fibreux et périostiques en un mot. On tâchera donc de ménager les ligaments latéraux, la capsule articulaire et la périoste qui recouvre les os malades et qui se décolle facilement. On sectionnera ensuite les os de façon que leurs surfaces de section soient bien perpendiculaires à l'axe normal, et qu'elles se correspondent sans former entre elles un angle trop marqué en dehors. Ceci est surtout très important quand la croissance n'est pas achevée et qu'on a ménagé les cartilages diarthrodiaux ; ceux-ci, en effet, produisant de l'os plus en dedans qu'en dehors, peuvent amener une courbure telle qu'il s'établit une flexion ou une abduction de la jambe à angle droit (Panhen). Pour favoriser l'affrontement des os, on peut employer la suture osseuse avec de fort fil d'argent, Volkmann emploie avec avantages de longs clous d'acier nikelé que l'on peut ensuite facilement retirer des parties. On peut ainsi obtenir une ankylose osseuse, sinon une ankylose fibreuse très solide, mais alors il faudra veiller à ce que les ligaments ne se relâchent point dans la suite. M. Ollier conseille d'enlever la rotule et de réséquer une portion du ligament rotulien avant de faire la suture des tissus fibreux, on pourra ainsi lutter contre la tendance à la luxation du tibia en arrière, produite par la rétraction des fléchisseurs. Une fois l'opération terminée et l'articulation bien nettoyée, on aura soin (Ollier) de placer deux drains de décharge surtout en arrière par des incisions pratiquées au niveau du bord postérieur des condyles. Le membre sera ensuite immobilisé dans une gouttière métallique ou une gouttière plâtrée (modèle de Lucas-Championnère) ; mais cet appareil immobilisateur devra toujours être construit de façon à permettre de voir les deux faces du genou, pour faire des injections antiseptiques, surveiller les drains, appliquer des pansements appropriés. Sommes toutes, la résection du genou pratiquée assez tôt, en respectant autant que possible les cartilages de conjugaison, est une bonne opération.

Dans les cinq cas rapportés par Ollier (1) on trouve quatre guérisons terminées par ankylose et une mort par albuminurie. — Volkmann, a, dans ces derniers temps, (2) proposé, sous le nom *d'arthrectomie*, une autre méthode opératoire qui consiste à disséquer complètement, et à enlever tous les tissus fibreux périarticulaires et la synoviale qui donne naissance aux fongosités, on résèque ensuite les portions d'os malade et on suture les os afin d'obtenir, par leur soudure une ankylose osseuse complète. L'opération parait rationnelle, en ce sens qu'elle enlève complètement tous les tissus malades, tant osseux que fibreux ; mais peut-être faut-il être plus économe de ces tissus fibreux ; bien qu'ils soient le siège de fongosités, M. Ollier a montré que le fer rouge pouvait les modifier heureusement et les rendre aptes à fournir d'utiles éléments au travail réperateur.

6° *Arthrites tuberculeuses de la hanche — Coxalgie.* — Nous avons, il y a quelques années étudié avec beaucoup de détail les indications générales dans le traitement de la coxalgie. Disons encore aujourd'hui que beaucoup de coxalgies traitées à temps, peuvent guérir par l'immobilisation dans la gouttière de Bonnet, ou l'appareil silacaté compressif de Verneuil ; moyens qui peuvent être combinés avec les révulsions locales :

(1) Résection pathologique du genou, in Revue de Chirurgie 1883.

(2) Congrès des chirurgiens Allemands 1885.

vésicatoires, pointes de feu, application de couches épaisses d'onguent napolitain recouvert d'ouate Malheureusement peu de familles sont assez intelligentes pour ses oumettre à un traitement long mais qui leur semble trop traînant. Les attitudes vicieuses se prennent, les abcès se produisent, les os s'altèrent de plus en plus, et l'état général se prend fatalement.

M. le professeur Lannelongue a conseillé, dans ces derniers temps, un moyen remis en honneur par les chirurgiens américains, l'extension continue par un poids modéré. On peut la combiner à l'immobilisation et à l'emploi des révulsifs. Quand il y a des abcès ossifluents, on peut les ouvrir et obtenir la cicatrisation du tiget, si l'état général s'améliore; même à cette période, l'ankylose osseuse définitive peut être obtenue, mais elle se fait dans une mauvaise position (flexion avec adduction ou abduction), si on n'a soin d'y veiller. Mais si les lésions progressent, que faire; réséquer ou désarticuler la hanche?

M. Ollier a montré qu'après la résection pratiquée au début des lésions osseuses, une articulation solide et mobile peut se reconstituer. Mais, le plus souvent, on obtient l'ankylose; elle est fatale quand l'opération est faite au moment où la capsule est à peu près, sinon tout à fait, détruite par les lésions tuberculeuses. Cependant, quelques chirurgiens éminents, Volkmann, Sayre, Bœckel, recherchent une articulation mobile et, pour cela, préconisent les résections précoces dans la coxalgie, d'ailleurs, le cartilage épiphysaire de la tête du fémur sert beaucoup moins à l'accroissement en longueur que celui des condyles, et le raccourcissement consécutif à son ablation dans le jeune âge, n'apporte pas un trouble important aux fonctions du membre inférieur. M. Bœckel a pratiqué (1), jusqu'en 1885, 32 résections de la hanche; huit opérés sont morts de généralisation tuberculeuse, les autres ont guéri et conservé un certain nombre de mouvements. Les meilleurs résultats ont été obtenus dans le jeune âge. Il semble donc que l'on est en droit de proposer la résection dès qu'il est avéré que les méthodes d'immobilisation et de révulsion n'arrêtent point la marche des lésions, dès qu'on voit que l'état général tend à devenir mauvais. Il ne faut pas temporiser trop longtemps.

Si on est en présence d'une coxalgie suppurant abondamment depuis longtemps, si le malade s'épuise, si la fièvre hectique le saisit, on sait qu'on a à craindre, à courte échéance, la dégénérescence amyloïde du foie et des reins. Une seule ressource reste, elle est très grave et souvent mortelle, c'est la désarticulation coxo-fémorale; on devra la proposer comme l'*ultima-ratio* de l'action chirurgicale, elle a pu sauver quelques malheureux enfants, mais au prix d'une mutilation qui est si grave dans ses suites, prochaines ou éloignées, qu'on hésite vraiment à la tenter.

(*à suivre*). Dr BARETTE.

(1) Congrès de Chirurgie, 9 avril 1885.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

L'Exercice de la Pharmacie

Une nouvelle proposition de loi vient d'être déposée à la Chambre sur l'exercice de la pharmacie. Personne, à dire vrai, ne s'attendait à la trouver très libérale, pourtant on pouvait croire que justice serait faite enfin de certaines mesures que seuls, les pharmaciens s'obstinent à considérer comme indispensables et que repoussent à la fois le public et le corps médical. Il n'en est rien, et pour la millième fois il faut répéter que seuls les intérêts des pharmaciens ne sont pas en jeu dans la réglementation de l'exercice de la pharmacie.

La médecine aux médecins, la pharmacie aux pharmaciens peut paraître un axiôme indiscutable aux esprits qui auraient avant tout à formuler des principes aussi simples qu'implacables. La pratique exige autre chose, et, quoi qu'en puissent penser ceux qui, se proclamant hautement des savants, songent principalement à leur petit commerce, le corps médical est fondé à donner son avis en la matière.

Si le pharmacien vend des médicaments, le médecin les emploie et c'est à lui qu'incombe la responsabilité des effets qu'ils produisent; lui seul est en mesure de déterminer leur indication ou leur contre indication, lui seul, en un mot apprécie leur valeur thérapeutique. Or, le médecin est précisément le seul dont ne se préoccupent point les réformateurs.

On proclame bien haut le droit qu'a le public de se soigner à sa guise, d'avaler pilules ou potions sans l'avis du médecin — peut-être l'intérêt de ce public dont on se fait le champion est-il celui dont on se soucie le moins, mais c'est là une manière détournée de donner carte blanche au pharmacien et il n'est pas malhabile de cacher sous une étiquette de libéralisme une revendication qui n'a rien de commun avec les idées de liberté et qui ne tend qu'à établir en faveur du pharmacien un monopole exclusif, car si on concède le droit de se passer du médecin on a soin de proclamer le pharmacien obligatoire..... sinon gratuit.

Nous n'avons, qu'on le croie bien, aucune pensée d'hostilité contre le corps pharmaceutique qui doit être notre auxiliaire — nous voudrions que

d'une entente commune entre médecins et pharmaciens sortît une réforme féconde de l'exercice de la pharmacie et, si nous élevons une protestation, c'est seulement contre l'esprit d'exclusivisme montré par les pharmaciens.

Dans une loi sur l'exercice de la pharmacie, il est des prescriptions dont nous n'avons aucunement à nous occuper comme médecins ; s'il nous arrive de les critiquer, c'est *comme public* que nous pouvons le faire, et notre avis n'a d'autre valeur que celui de toute personne qui porte intérêt à une profession dont tout le monde est justiciable. Mais il est d'autres mesures qui sont d'ordre médical autant que pharmaceutique et celles-là nous prétendons avoir le droit de les examiner et de les juger.

Telle est, par exemple, la délivrance des médicaments.

La proposition de loi donne au pharmacien le droit de livrer sous sa responsabilité *toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit* pourvu que ce soit *sur la demande expresse de l'acheteur* et que ce médicament *porte sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances qui en forme les bases.*

Seules font exception les substances vénéneuses qui seraient nominalement désignées dans un réglement d'administration publique.

Eh bien! nous n'hésitons pas à dire que c'est là une mesure aussi absurde qu'inadmissible!

Nous connaissons l'objection qui nous sera faite: Comment! nous dira-t-on, un malade n'aura pas le droit, sans passer sous les fourches caudines de la consultation médicale, de se procurer 40 grammes d'huile de ricin, un demi litre de vin de quinquina ou pour deux sous de cérat! mais vous voulez exploiter le public!

Nous concédons le bien fondé de l'objection et nous renonçons bien volontiers à la prétendue exploitation du public, mais nous rappelons aux pharmaciens l'adage : *est modus in rebus.*

Si le client peut se procurer, quand et comme il l'entend, cérat, quinquina, racine de guimauve ou fleurs pectorales, il en s'en suit pas nécessairement que le pharmacien ait le droit d'exercer la médecine, et nous prétendons que c'est exercer la médecine que délivrer une foule d'autres médicaments qui pourtant ne figurerent pas sur la liste des substances vénéneuses prévue par le réglement.

L'opium figurera sur la liste de substances vénéneuses — le pharmacien ne délivrera-t-il jamais, sous sa responsabilité, de médicaments contenant de l'opium ? Il dira, nous le savons, qu'il tiendra compte de la dose et que, s'il ne refuse pas le sirop Diacode, il sera incorruptible s'il s'agit de laudanum — cela ne peut nous suffire. D'ailleurs la loi ne peut donner au pharmacien un droit d'appréciation des doses et des effets légitimant ici le refus, là la délivrance d'un même médicament : elle doit autoriser ou défendre, il n'y a pas de milieu.

De plus tout ce qui ne sera pas défendu sera par cela même autorisé, et il faut se défier des erreurs, des oublis et même des découvertes postérieures à l'établissement de la liste.

Ce qui est possible, utile et même nécessaire, nous ne craignons pas de le dire, c'est que la loi autorise le pharmacien à délivrer librement certaines substances inoffensives, celles qu'il met en avant pour masquer son incroyable prétention de tout délivrer, celles qu'il délivre actuellement d'ailleurs sans que personne songe à lui chercher noise. Ces substances ou ces médicaments seront nommément désignés par un règlement d'administratration publique et s'il se glisse quelque omission, l'inconvénient sera moindre, on en conviendra, qu'avec le système opposé.

Donner à un acheteur du quinquina, de la gentiane, de l'éther ou de la glycérine ce n'est pas exercer la médecine — il n'en est pas de même des médicaments dont la remise nécessite *quelques petits conseils* sur le mode d'administration.

Nous avons la conviction que ce système donne satisfaction à ce que les revendications des pharmaciens ont de légitime et qu il satisfait en même temps le public qu'il protège. Mais nous avons la conviction qu'il n'aura pas l'heur de plaire aux pharmaciens dont le péché mignon est de croire qu'ils peuvent faire de la médecine aussi bien et même mieux que les médecins.

Dussions-nous ne jamais nous entendre, nous ne pouvons aller plus loin, car nous n'admettons pas que les droits du corps médical soient lésés pour le seul avantage des pharmaciens.

S'il n'existe pas de pharmacie, par qui seront délivrés les médicaments.

Par le médecin, c'est évident — lui seul peut le faire.

Il n'y a donc aucune raison pour limiter ce droit *au seul cas de péril urgent*, comme le fait la proposition de loi, ni aux seuls *malades près desquels est appelé le médecin.*

Que le médecin ne puisse tenir officine ouverte, personne n'y contredit, mais il est absurde de ne pas autoriser le médecin à donner le médicament à un consultant alors qu'il peut le donner au malade qu'il visite.

Le médecin donnera, quand il n'y aura pas de pharmacien dans la commune, ses médicaments come il l'entendra, et, en ce faisant, il agira *sous sa responsabilité* tout comme le pharmacien pourrait le faire et peut-être avec plus de compétence.

Une distance de 6 kilomètres imposée par la

loi n'est pas moins ridicule. Pourquoi six plutôt que cinq ou que sept? comptera-t-on par les routes ou à vol d'oiseau? Une borne kilométrique ne saurait empêcher dix mètres en deçà ce qui sera permis, dix mètres au delà, et d'ailleurs l'intérêt du malade —on sait que c'est le seul qui est en jeu— veut que ces distances légales n'existent pas.

Mais nous allons plus loin, il faut que le médecin, en cas d'urgence absolue cette fois, puisse délivrer librement dans tous les cas *certains médicaments* : il faut qu'il puisse faire une injection hydopermique, donner du sulfate de quinine, du laudanum, etc. . . . L'intérêt du public — c'est toujours de lui qu'il s'agit — veut que le médecin ne soit pas obligé d'attendre une heure en présence d'un cas de fièvre pernicieuse, d'une colique atroce, ou d'une hémorrhagie pressante.

En ce faisant, le médecin exerce-t-il véritablement la pharmacie?

Non, car la pharmacie n'est pas simplement la délivrance du médicament, c'est avant tout sa préparation et force est bien au médecin de s'adresser à un pharmacien pour se procurer le médicament qu'il donnera le cas échéant.

Il est bien d'autres questions à examiner encore, elles feront l'objet d'un examen ultérieur.

(*A suivre.*)

II

Réponse à des questions sur le secret professionnel.

De récentes décisions judiciaires, rendues au sujet de la violation du secret professionnel, ont impressionné l'opinion publique; l'émotion qu'elles ont causée a franchi les limites du monde médical, les grands journaux politiques, eux-mêmes, n'ont pas dédaigné de les discuter et elles ont inspiré à d'éminents magistrats le sujet de leurs discours à l'audience de rentrée des Cours d'appel. Et pourtant, après tout ce qui a été dit, et si bien dit, la question est loin d'être épuisée. C'est que les faits qui la soulèvent chaque jour ne sont jamais identiquement semblables et que toutes les circonstances ne peuvent être prévues. Pour se guider au milieu des difficultés sans cesse renaissantes dans une matière aussi délicate, qui intéresse à la fois l'ordre public et l'honneur médical, il faut se bien pénétrer des vrais principes.

Je n'ai pas l'intention de traiter encore une fois la question du secret professionnel dans tous ses détails, je veux seulement présenter ici quelques observations sur la conduite que doivent tenir les médecins appelés en justice comme témoins, pour déposer des faits qu'ils ont connus dans l'exercice de leur profession.

Deux correspondants du *Concours médical* viennent de soumettre à son honorable Directeur, leurs scrupules au sujet de déclarations qu'ils ont été amenés à faire dans les circonstances suivantes :

L'un d'eux avait été appelé pour donner des soins à une famille composée de quatre personnes, le père, la mère et deux enfants, qui auraient, disait-on, été empoisonnés par une soupe. A son arrivée, deux des malades étaient à peu près guéris, les deux autres, le père et l'un des enfants, présentaient des symptômes particuliers, notamment la dilatation des pupilles; l'enfant avait quelques rares vomissements. Le médecin emporta la soupe pour l'examiner. Le lendemain, elle répandait une très mauvaise odeur, mais il n'y découvrit rien de suspect; seulement quelques feuilles qu'il prit, après de longues recherches, pour du *marrube blanc*. Les malades étant guéris, il ne se préoccupa plus de cette affaire. Plusieurs mois après, il fut mandé dans le cabinet d'un juge d'instruction et il déclara sans difficulté ce qu'il avait constaté.

Le magistrat lui aurait, paraît-il, adressé de vifs reproches pour n'avoir pas poussé plus loin ses investigations, dans le but de rechercher si la soupe ne contenait pas de l'arsenic et afin de découvrir un empoisonnement criminel.

Le médecin répondit fort sensément qu'il n'était pas officier de police judiciaire et qu'il ne se croyait pas chargé de la recherche des crimes et délits; qu'au surplus, rien ne lui en avait fait soupçonner un dans les faits qu'il avait constatés.

En effet, si son attention a paru éveillée par la présence de feuilles qu'il a cru provenir de *marrubium vulgare*, cette plante, selon moi, bien inoffensive, n'a pu lui inspirer de doutes sérieux et lui faire supposer une intention homicide. Peut-être, ce me semble, aurait-il pu croire, en raison des symptômes constatés, à la présence de la solanine dans les matières ingérées, mais cet agent et ses effets sont bien inconnus dans la campagne!

Quoi qu'il en soit, l'honorable docteur craint d'avoir dépassé son droit et d'avoir failli à son devoir professionnel, en révélant ce qu'il avait constaté. Il demande conseil pour l'avenir.

L'autre, docteur en médecine, avait reçu dans son cabinet, en consultation, une jeune fille et sa mère. Cette dernière demandait un examen dans le but de rechercher si sa fille était malade ou grosse, disant qu'elle aurait été victime d'un attentat, et elle réclamait un certificat médico-légal. — Le médecin refusa d'en donner, conseillant à cette femme de s'adresser à la justice ou au médecin du Parquet.

Peu de temps après, le docteur reçut une citation à comparaître comme témoin, devant le juge d'instruction. Ce magistrat lui demanda s'il avait, à une époque déterminée, reçu la visite de la femme X..., accompagnée de sa fille, s'il avait examiné cette dernière, s'il y avait eu viol et

grossesse, et enfin si la jeune fille lui avait avoué ce qu'elle avait toujours nié dans l'instruction, que le viol eût été entièrement consommé.

Le docteur s'est d'abord retranché derrière le secret professionnel, mais, sur les instances du magistrat, lui affirmant qu'il pouvait parler sans violer ce secret, il a fini par déclarer que la femme X... et sa fille étaient, en effet, venues le consulter. Il a cherché à borner là sa déposition, et il n'en aurait pas dit davantage si le juge ne lui avait montré le certificat du médecin du Parquet, attestant le viol. Enfin, pressé de questions, il dit qu'en effet, la jeune fille avait avoué devant lui que le crime avait été entièrement consommé.

Il demande s'il a bien ou mal faif.

M. Amable Boulanger, avocat, alors conseil de l'Association des médecins de Paris, disait dans une consultation produite à la *Cour de cassation*, le 16 septembre 1843, à propos de l'affaire Mallet :

« ... Il faut que l'obligation du secret soit ab-« solue pour les médecins, car c'est à ce prix seul « que la confiance des familles leur est assurée ; « il faut que le médecin, confident des plaies de « corps, comme le prêtre est le confident des plaies « de l'âme, soit tenu, comme le prêtre, de tout « oublier après avoir entendu.

« C'est toujours ainsi, au surplus, que les mé-« decins ont compris l'exercice de leur profession. « Avant même que la loi eut édicté des peines « contre la violation du secret, ils avaient senti « que si, dans les habitudes ordinaires de la vie « cette violation est chose blâmable, de leur part « ce serait plus qu'une inconvenance, plus qu'une « faute, ce serait presque un crime. Aussi, de « tout temps, ont-ils adopté, comme première « règle de conduite, le précepte du serment « d'Hippocrate, que les anciens statuts de la Fa-« culté de Paris résumaient énergiquement en ces « termes : « *Agrorum arcana, visa, audita,* « *intellecta eliminet. nemo.* »

La Cour de cassation avait jugé, le 26 juillet 1845, que le médecin, pour se dispenser de faire sa déposition, doit affirmer sous la foi du serment, non seulement qu'il n'a connu les faits que dans l'exercice de sa profession, mais encore que ces fait lui ont été confiés sous le sceau du secret. Et M. Blanche enseigne, dans ses *études pratiques sur le code pénal* T. V, p. 553, « ... que les dépositaires du secret seront placés entre deux obligations : celle de conserver le secret, et celle de dire la vérité, toute la vérité, rien que la vérité. Leur conscience les autorise à choisir, sans qu'ils puissent encourir aucune peine pour le refus de déposer ». Mais cet auteur ajoute que l'article 80 du code d'instruction criminelle leur deviendra applicable s'ils refusent de faire connaître des faits dont il ne leur a point été fait confidence, lors même qu'ils n'en auraient en connaissance qu'à raison de leur profession.

J'ai combattu cette théorie dans mon *Traité de jurisprudence médicale* (p. 164). Un autre arrêt de la Cour suprême du 26 mars 1862 décide que : « l'avocat appelé en témoignage n'a dans sa dé-position, d'autre règle que sa conscience et qu'il doit s'abstenir des réponses qu'elle lui interdit. » Il semble que l'on soit disposé aujourd'hui à accorder la même latitude au médecin. « Nous « croyons, dit M. Bruno-Lacombe, dans un re-« marquable discours reproduit en entier par le « *Concours médical*, nous croyons que la juris-« prudence a été trop rigoureuse lorsqu'elle l'a « (le médecin) astreint à déclarer, en termes for-« mels, que tout ce qu'il se propose d'omettre dans « sa déposition lui a été confié sous le sceau du « secret. Formalité bien vaine, au reste ; car, si « une *telle exigence est maintenue, cette déclara-*« tion deviendra de style, et tout passera pour « confidentiel. Tout ne l'est-il pas, en effet, dans « la profession de médecin ? Et ne serait-il pas « plus sage et plus juste de décider pour lui, « comme l'a fait pour l'avocat, la Cour de cassa-« tion, qu'il n'a d'autre règle que sa conscience « et qu'il doit s'abstenir des réponses qu'elle lui « interdit ? »

Ainsi donc, en principe, le médecin appelé en justice comme témoin, peut garder le secret sur tout ce qu'il a appris dans l'exercice de sa profession. « La médecine n'est pas un métier et il serait imprudent d'exciter ceux qui l'exerce à n'avoir pas souci de leur dignité. Les magistrats sauront, suivant les cas, lever les doutes et les scrupules du médecin, lui faire comprendre l'importance de son témoignage, les nécessités de la répression ; mais si malgré ses avis fondés sur de graves raisons d'ordre public, il persiste dans son refus, si les observations du magistrat ne peuvent apaiser les révoltes de sa conscience, on devra respecter des scrupules toujours honorables et le laisser libre de garder son secret. » (*Traité de jurisprudence médicale*, n° 143).

Si la jurisprudence hésite en cette matière délicate, la doctrine aussi fait ses réserves. « Il faut « manifestement distinguer, dit M. Bruno-La-« combe, entre les crimes commis par le malade « lui-même et ceux dont il a pu être ou dont il « peut devenir la victime. Quant aux premiers, « aucun doute n'est possible, et le devoir « du médecin est d'oublier ce qu'il a appris, « de taire ce qui lui a été confié. Il en est « tout différemment des secondes ; et l'on ne « saurait trop, à cet égard, éclairer les mem-« bres du corps médical sur ce qu'ils doivent, « nous ne dirons pas à la justice, qui pourtant re-« présente la société elle-même et en défend les « droits les plus sacrés, mais à l'intérêt du ma-« la de et à leur propre dignité. » Et l'honorable

magistrat suppose un médecin au chevet d'un client qui meurt empoisonné ; il a auprès de lui l'auteur du crime, il se borne à l'avertir indirectement, à lui faire comprendre qu'il a deviné sa main homicide versant le breuvage mortel, puis ces avis étant restés vains, le médecin s'enfuit de cette maison, cédant la place à l'empoisonneur qui continue son œuvre.

Je n'hésite pas à dire qu'un pareil médecin est fort rare, mais en admettant qu'il s'en trouve quelques-uns en France, assez dépourvus d'énergie et de sens moral pour se conduire de la sorte, faut-il, de l'unique exemple cité par l'éminent orateur, conclure à une règle fixe et immuable ? Assurément non. Il l'a bien compris lui-même puisqu'il fait déjà une exception pour les cas d'avortement. Et, dans la pratique, les exceptions deviendront si nombreuses qu'en somme, ce sera la règle elle-même qui sera l'exception.

Ainsi les deux médecins qui demandent l'avis du *Concours médical* auraient dû, si l'axiôme posé par M. Bruno-Lacombe devait être invariablement suivi, raconter sans hésitation dans leurs dépositions ce qu'ils avaient appris ; ils auraient même dû dénoncer les faits à la justice !

Eh bien, je ne le crois pas. Le premier n'avait soupçonné aucun crime, il n'y avait rien à dénoncer. La mère de famille, qui est aujourd'hui accusée d'avoir tenté d'empoisonner son mari et ses enfants en introduisant de l'arsenic dans leur soupe, avait été malade, elle aussi, bien que moins gravement ; comme les autres membres de la famille, elle avait eu recours aux soins du médecin, pourquoi l'aurait-il accusée ?

Quand au second, il a reçu des confidences dans son cabinet, il les a reçues comme médecin ; la jeune fille nie l'attentat, elle a donc, ou croit avoir, un intérêt quelconque à ce que le secret soit gardé, le médecin ne devait pas trahir sa confiance en le divulgant.

Voici donc, selon moi, quelle doit être, en toute circonstance, la règle de conduite du médecin :

Quand il a appris, dans la pratique de son art, la connaissance d'un fait quelconque, délictueux ou non, il doit en garder le secret, et s'il est appelé en témoignage, il ne peut le révéler qu'avec l'autorisation de la personne à laquelle il a donné ses soins.

Néanmoins, s'il croit devoir céder aux instances des magistrats et déclarer ce qu'il sait, il ne peut jamais être recherché à l'occasion de sa déposition. DUBRAC.

THÉRAPEUTIQUE.

Traitement de la variole par la médication éthérée-opiacée.

Nous appelons l'attention sur les bons effets du traitement que M. du Caste la inauguré, il y a quelques années, dans les hôpitaux de Paris, la **médication éthérée-opiacée**, et dont il a confirmé les résultats favorables dans une récente séance de la Société des hôpitaux.

Ce traitement consiste en injections sous-cutanées d'éther, en une potion quotidienne contenant 15 centigrammes d'extrait d'opium pour les femmes et 20 centigrammes pour les hommes ; en outre, mais d'une façon accessoire, le perchlorure de fer est donné en vue d'éviter la tendance aux hémorrhagies. Cette médication diminue considérablement la suppuration chez les varioleux non vaccinés antérieurement à leur variole, et la supprime presque complètement chez les varioleux vaccinés. M. Dreyfus-Brissac a signalé la sensation du cuir de Russie que donne au toucher la peau des malades attteints de variole confluente, chez lesquels cette médication a fait avorter les pustules. Il a dit avec raison que leur facies était tout particulier, plus laid même pendant longtemps que celui des varioleux ordinaires, parce que l'éruption persiste sous forme de papules et de tubercules d'apparence éléphantiasique, mais elle finit par disparaître sans laisser de traces. M. Tennesson, M. Pécholier, M. Rathery, M. Gombault dont les observations se trouvent dans la thèse de Buquet (1883), M. Balzer ont appliqué la médication éthérée opiacée, et ce dernier auteur déclare qu'elle tend à transformer la variole en varioloïde.

Mais ces cliniciens n'ont pas tous suivi exactement les doses et la manière de procéder indiquées par M. Du Castel. Les uns ont donné une moindre quantité d'opium, d'autres, comme M. Tenneson, l'ont prescrit sous forme pilulaire. M. Balzer a donné l'éther par voie gastrique, sous forme de sirop. Enfin les observateurs se sont divisés sur la question de savoir si les résultats avantageux, constatés par tous, étaient attribuables à l'éther ou à l'opium. M. Du Castel pense que ces deux substances concourent également au succès.

Il n'admet pas les inconvénients qu'on a reprochés aux injections hypodermiques d'éther (eschares, abcès, hémorrhagies, paralysies musculaires). Il estime que, quand les injections sont bien faites dans le tissu cellulaire sous-cutané, on n'observe ni eschares, ni abcès, et que l'on peut sans danger faire aussi des injections intramusculaires. Quant anx paralysies que M. Arnozan a signalées, on les évitera en ne faisant pas les piqûres dans des endroits mal choisis, au voisinage de cordons ou de plexus nerveux susceptibles d'être comprimés sur des surfaces osseuses.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

L'ACADÉMIE DES SCIENCES (8 mars) a appris de M. Vulpian que la Commission saisie du projet de création d'un établissement destiné à recevoir les personnes mordues par les animaux rabiques a voté à l'unanimité les conclusions suivantes. Cet établissement créé à Paris s'appellera **Institut Pasteur**; on y recevra les étrangers comme les Français. Une souscription publique est ouverte en France et à l'étranger pour cette fondation. L'emploi des fonds souscrits sera surveillé par un comité composé de MM. l'amiral Jurien de la Gravière, Bertrand, Vulpian, Marey, Bert, Richet, Charcot, Hervé-Mangon, de Freycinet (Académie des Sciences); C. Doucet (Académie française), Wallon (Académie des inscriptions et belles-lettres), Delaborde (Académie des Beaux-Arts), J. Simon (Académie des Sciences morales), Magnin (Banque de France), Christophle (Crédit foncier), A. de Rothschild, Béclard, Brouardel et Grancher (pour l'Académie de médecine, la Faculté et le Comité consultatif d'Hygiène).

Les souscriptions seront reçues à la Banque de France, au Crédit foncier et dans leurs succursales, chez les trésoriers payeurs généraux, receveurs et percepteurs. Les noms des souscripteurs paraitront a l'*Officiel*.

A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (9 mars), M. Colin (d'Alfort) est intervenu dans la discussion sur les ptomaïnes et les microbes comme orateur du camp anti-microbien. Son discours peut se résumer en peu de mots, bien qu'il ait eu une certaine durée: M. Colin ne croit pas aux méfaits des microbes, personne à son avis ne les ayant démontrés; il ne croit guère plus à l'action pathogénique des matières toxiques fabriquées par nos organismes. Il ne croit qu'aux virus. Quant à savoir en quoi ces virus consistent, M. Colin ne nous le dit pas. Enfin l'adhésion de M. Colin à la doctrine pastorienne n'est pas absolument indispensable à l'avenir de celle-ci.

Notre collègue et ami Doyen (de Reims) qui, depuis plusieurs années, a étudié un grand nombre de suppurations et de septicémies au point de vue des microbes qu'on y trouve, a fait lire par M. Cornil une note dans laquelle sont consignés les résultats de ses recherches. Il a constaté des micro-organismes déterminés dans le phlegmon, le panaris, la tourniole, le furoncle: ce sont les staphylococcus aureus et albus et le streptococcus pyogènes; il en a trouvé dans les abcès putrides et dans les pustules d'acné. Les microbes des suppurations aiguës, si abondamment répandus en tous lieux, à la campagne comme à la ville, se retrouvent dans les septicémies puerpérales. Le vulgaire purin des fosses à fumier contient assez de microbes pathogènes pour reproduire bien des maladies contagieuses.

M. Doyen ne nie pas l'action des ptomaïnes dans l'influence nocive des produits de putréfaction, mais il a toujours vu l'infection du sang par les microbes dans toutes les septicémies naturelles ou expérimentales. Récemment encore dans un cas d'empoisonnement par quelques bouchées d'une saucisse mal préparée, l'odeur aigre et acide de l'aliment toxique était liée évidemment à une putréfaction spéciale causée par une bactérie très prolifère, dont les cultures avaient la même odeur que celle de la saucisse avariée.

Après avoir lu le travail de M. Doyen, M. Cornil précise les notions aujourd'hui acquises par l'anatomie pathologique et la bactériologie au sujet des affections diverses confondues à tort sous le nom de fièvre puerpérale. Tantôt ce sont des pyohémies, à l'autopsie desquelles on trouve péritonite, phlébite ou lymphangite suppuratives, pleurésies. D'autres fois ce sont des septicémies, imprégnations de tout l'organisme soit par des bactéries soit par les alcaloïdes toxiques que celles-ci fabriquent: on ne trouve alors pas de pus ni de lésions organiques appréciables à l'œil nu.

Mais on trouve des microbes très variés qui ont pénétré par les plaies utérines ou vaginales.

Dolens en admet deux formes principales: micrococques isolés en point double ou en chaînettes, qui correspondent aux organismes des suppurations (streptococcus et staphylococcus) et des bâtonnets ou filaments, bactéries septiques de Pasteur, bacilles de longueur variable étudiés par Fraenkel et plus récemment par Babès.

D'ailleurs dans les vagin de femmes même saines et qui n'en souffrent pas parce qu'aucune fissure, aucune desquamation épithéliale ne leur ouvre l'entrée de l'organisme, — vivent des bacilles pathogènes, mais ceux-ci sont tout prêts à s'introduire dans l'organisme à la faveur de la plaie utérine ou de déchirures vaginales qui suivent l'accouchement. D'où l'utilité d'imiter la pratique des accoucheurs contemporains, qui rendent les voies génitales aseptiques plusieurs jours avant l'accouchement.

A propos des injections antiseptiques intra-pulmonaires, dont M. Gouguenheim a entretenu il y a quelques séances la Société des Hôpitaux, M. le Dr *Letheule*, de Rablay (Maine-et-Loire), nous a écrit qu'il s'était occupé de cette question vers l'année 1877.

Mais, il crut alors préférable de les faire expérimenter sur les animaux et envoya à ce sujet un travail à M. le Dr Larcher en le priant d'en faire part à la Société de médecine vétérinaire.

M. Letheule émettait l'espoir que les injections antiseptiques pratiquées dans les cavernes pulmonaires pourraient amener dans certains cas leur cicatrisation et tout au moins s'opposer à la fièvre hectique de résorption putride qui hâte la fin des pneumo-phymiques.

Il avait songé à conseiller comme liquide à injecter les solutions de teinture d'iode, des préparations de goudron, de chlorhydro-phosphate de chaux, de sel marin, ou simplement des solutions alcooliques.

La société médicale a accueilli, il nous semble, dans une séance récente, la revendication de priorité de notre confrère, en ce qui concerne l'idée des injections antiseptiques dans les cavernes. Notre confrère reconnaît d'ailleurs, qu'en fait de découvertes scientifiques, l'idée théorique n'est rien tant que la pratique n'a pas suivi. — Du reste, jusqu'ici, les bons résultats des expériences de M. Gonguenheim et de ceux qui en ont pratiqué d'analogues ne sont pas très évidents.

MÉDECINE PRATIQUE

Sur la curabilité de certaines tuberculoses aiguës. (1)

Au lendemain du jour où M. Verneuil vient de se faire le Pierre l'Hermite d'une croisade en vue de la guérison expérimentale de la tuberculose, il est particulièrement intéressant de signaler un travail, très soigné dans sa concision, dans lequel l'auteur, M. Léon Bernard, a réuni un certain nombre d'observations qui démontrent que même la tuberculose aiguë, dans quelques cas très rares sans doute, est curable.

Ce sera désormais toujours en faisant marcher de front la clinique et la médecine expérimentale qu'on pourra réaliser des progrès dans notre art.

La tuberculose guérit. On le sait depuis que Laënnec a montré que les tubercules peuvent subir la transformation calcaire et les cavernes se cicatriser. Cruveilhier a confirmé le fait. M. Grancher a donné la formule histologique de l'évolution du tubercule en disant qu'il est une néoplasie fibro-caséeuse et que, sollicité à la fois par deux tendances différentes, d'un côté vers la transformation fibreuse, de l'autre vers la classification suivant que l'une ou l'autre de ces tendances l'emporte, il aboutit à l'ulcération ou à la sclérose. « Le tubercule est curable par induration fibreuse. »

Si le tubercule en général guérit, plus il est localisé, plus la guérison aura de chances de s'accomplir. La tuberculose localisée aux poumons peut guérir presque à toutes ses périodes. Le bacille tuberculeux localisé aux organes génitaux, à des os, à des ganglions peut s'y séquestrer indéfiniment.

On trouve des observations de guérison de tuberculose pleurale, pleuro-péritonéale, et même méningée (si la localisation était restreinte à un point limité des méninges).

Or, il ressort de la lecture du travail de M. Bernard que la tuberculose aiguë à localisations multiples est elle-même curable, bien qu'avec quelque restriction relativement au pronostic ultérieur.

Notre confrère définit la tuberculose aiguë à localisations multiples: une maladie aiguë, fébrile, à formes variables, caractérisée anatomiquement par le développement de granulations grises ou de tubercules miliaires jaunes en nombre plus ou moins considérable et dans plusieurs organes à la fois. C'est là une forme pour ainsi dire atténuée de la tuberculose miliaire aiguë généralisée. Au lieu que les tubercules dans celle-ci sont répandues en si grand nombre dans le parenchyme des organes qu'ils s'y substituent pour ainsi dire, dans la forme atténuée les granulations, tout en se disséminant dans plusieurs organes, s'y développent en foyers plus restreints et respectent la majeure partie de leur parenchyme. Elle répond à la maladie étudiée par la plupart des auteurs sous le nom de phthisie aiguë ou de granulie.

On sait qu'en 1865, Empis avait cherché à séparer de la tuberculose la forme aiguë et généralisée de cette maladie qu'il appela granulie, il en faisait une affection spéciale, une maladie infectieuse caractérisée par une éruption granulique dans les parenchymes des différents organes. Il avait raison d'y voir une infection, puisque la nature infectieuse de la tuberculose a été démontrée depuis par Villemin et Koch. Mais cette infection,

(1) De la curabilité de la tuberculose aiguë à localisations multiples considérée chez l'adulte, Paris 1885.

il eut le tort de la croire distincte de la tuberculose. Singulier mélange d'erreur et de vérité.

La granulie, telle que la concevait Empis, a vécu, dit avec raison L. Bernard, mais il ajoute avec justice qu'il est resté du livre d'Empis la remarquable étude qu'il a faite des formes cliniques de la phthisie aiguë.

Or, Empis est le premier peut-être qui ait assigné un pronostic moins sombre à certaines formes de phthisie aiguë ; il pensa que, dans ses formes légères, elle reste souvent inaperçue : « Tantôt, dit-il, la maladie passe sous les yeux, sous le masque d'une fièvre typhoïde légère, accompagnée de symptômes insolites. D'autre fois elle est prise pour un embarras gastrique fébrile mal déterminé, dont la marche est languissante et qu'on envoie après quelques semaines d'un état stationnaire à l'asile de convalescence. Là, si les malades achèvent de se rétablir et s'ils guérissent, la nature de la maladie reste totalement méconnue. » Empis avait donc raison de dire que le pronostic n'est pas toujours aussi désespérant, et il a publié six observations de granulie terminée par guérison.

On pourrait ranger les auteurs qui ont agité la question de la curabilité de la phthisie aiguë en trois catégories :

1° Ceux qui n'y croient pas (presque tous les auteurs anciens et, parmi les contemporains, M. Peter qui, après avoir cité le mot de Fonssagrives, « maladie qu'on ne guérit pas, mais qu'on panse » — ajoute : « Ce qu'on pourrait dire de plus court et de mieux dans un tel état de choses, c'est qu'il n'y a rien à faire »).

2° Ceux qui croient au passage possible à l'état chronique ou à un temps d'arrêt dans l'évolution (Leudet, Laveran, Meineger, Hérard et Cornil, etc).

3° Ceux qui croient à la possibilité d'une guérison presque absolue de la granulose aiguë : Waller (de Prague), Empis, Jaccoud qui a cité même un cas de guérison absolue.

A ce dernier donne raison une observation remarquable que M. Bernard a recueillie dans le service de M. Rigal, dont la valeur comme clinicien assure au diagnostic une solidité inattaquable.

Une femme est entrée à l'hôpital Necker, avec un ensemble de symptômes tel que la question se pose entre une dothiénentérie et une tuberculose aiguë. Il existe bien quelques signes en faveur de la première, mais la maladie date de dix jours, et il n'y a pas de taches rosées lenticulaires. Or, quelques signes stéthoscopiques rendent suspect le sommet droit. On constate, d'autre part, des symptômes péritonéaux (constipation, ventre tendu, ballonné, douloureux, vomissements). Le lendemain il existe de l'ascite, en même temps que la rudesse de l'inspiration et des râles muqueux au sommet suspect la veille, on doit admettre une infection tuberculose aiguë, dont l'évolution à partir de ce moment est très nette.

La dyspnée est intense, hors de proportion avec les lésions que semble révéler l'auscultation ; il y a prédominance de plaques congestives au sommet des deux poumons. Puis apparaît un phlegmon de la fesse, dont l'ouverture donne issue à un pus séreux, mal lié, grumeleux.

Pendant ce temps, la température, au lieu de faire l'évolution régulière et cyclique de la fièvre typhoïde, décrit une série de grandes oscillations irrégulières.

Puis apparaissent des signes de pleurésie sèche à la base droite, de pleurésie adhésive au sommet gauche, respiration rude, râles sibilants et submatité dans la partie externe de la région mammaire gauche. Les localisations tuberculeuses se multiplient, le larynx à un moment est touché.

Et cependant, voici que l'état général et local de la malade paraît s'améliorer. Tout à coup, une nouvelle poussée se montre du côté du péritoine, les méninges semblent se prendre. Mais tout se calme au bout de quelques jours, la convalescence s'établit franchement, et la malade, entrée à l'hôpital le 6 janvier, peut sortir le 22 mars.

Il est impossible d'admettre que cette maladie, où il n'y a eu ni taches rosées, ni diarrhée, ni délire, ni hypertrophie durable de la rate, ni bronchite généralisée, fût une fièvre typhoïde. C'était donc une tuberculose aiguë qui a guéri.

A côté de cette intéressante observation s'en place une autre suivie par le Dr Marey (thèse de Bernard). Il y faut joindre une de M. Jaccoud (1), une de M. L. Colin (2), et les six d'Empis en France. Sur ces dix cas, M. Bernard, après une discussion serrée, n'admet guère *que quatre guérisons complètes*; il pense même qu'avant de les considérer comme définitives, il faudrait avoir vu s'écouler des mois, des années sans récidive, un foyer de bacilles pouvant être resté quelque part d'où ils pourraient à nouveau envahir l'organisme entier. La prédisposition de l'organisme, souvent héréditaire et permanente, peut, en outre, toujours faire craindre une infection nouvelle.

Néanmoins, il faut bien reconnaître que ce sont là des guérisons ; on ne peut appeler autrement l'état d'un malade recouvrant la santé au point de reprendre la vie commune sans présenter de trouble fonctionnel notable, et, comme l'a dit Empis, ce sont bien là des guérisons, « alors même que les sujets succomberaient quelques années plus tard à une tuberculisation chronique ou à toute autre maladie ; se refuser à admettre cette vérité serait tout aussi étrange que de nier la guérison d'un rhumatisme articulaire aigu, sous prétexte que, deux ou trois ans plus tard, le même

(1) Curabilité et traitement de la tuberculose pulmonaire 1881.

(2) Etudes cliniques de médecine militaire, 1864.

sujet, qui en a été atteint et guéri, pourra en être repris sous l'influence de la diathèse. »

Que faire donc en présence d'un malade chez lequel on constate une tuberculose aiguë? Ne pas le condamner sans rémission, ni déclarer comme M. Peter, qu'il n'y a rien à faire, mais se rappeler plutôt, comme M. G. de Mussy, « Qu'il ne faut pas abandonner la lutte, qu'il faut toujours s'exciter à espérer, même dans les cas qui paraissent les plus décourageants. »

Combattre la fièvre par les antipyrétiques, les localisations inflammatoires par les révulsifs et surtout soutenir les forces par tous les toniques possibles, voilà l'indication générale pendant la maladie même. Si elle guérit, s'efforcer de modifier le terrain pour le rendre rebelle à une nouvelle invasion du bacille. La suralimentation est alors une des indications les plus formelles.

Ce petit coin de l'histoire de la tuberculose, que nous avons esquissé aujourd'hui, est d'un puissant intérêt comme tout ce qui a trait à cette abominable maladie. Avec la fièvre typhoïde elle doit être le souci constant du médecin, car ce sont elles deux qui déciment notre occident. La croisade que vient d'entreprendre M. Verneuil, et à laquelle j'ai fait allusion en commençant, a débuté brillamment. On peut être dès maintenant assuré que l'argent, le nerf de la guerre pacifique contre la maladie, comme disait ce vaillant maître toujours jeune, ne fera pas défaut aux expérimentateurs. Mais ce qui n'est pas encourageant, c'est de songer à l'indifférence avec laquelle la plupart des médecins ont accueilli l'enquête qu'avait entreprise la Société médicale des hôpitaux sur la contagiosité de la phthisie. Sur plusieurs milliers à qui la commission de phthisiologie avait adressé un questionnaire à remplir, savez-vous combien ont répondu? Quatre-vingt-trois! Pareille indifférence ne s'était pas vue, lorsque semblable enquête fut faite auprès des médecins anglais.

Il n'importe : si les chercheurs sont peu nombreux, ils ont l'ardeur que rien ne rebute, et, maintenant que les moyens matériels leur seront libéralement fournis, ayons confiance que la solution du problème de la curation de la tuberculose n'est plus qu'une affaire de temps. Répétons en tout cas avec Platon, que cite fort à propos M. Léon Bernard à la fin de son intéressant travail : « C'est une espérance dont il faut comme s'enchanter soi-même. » PAUL LE GENDRE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Exercice de la Pharmacie

Le médecin, nous l'avons dit, délivrera les médicaments à ses malades toutes les fois que, dans la commune, il ne se trouvera pas d'officine ouverte ; et à ce propos, il convient d'insister sur la suppression d'une distinction qu'avait établie la jurisprudence : Le médecin pouvait fournir les médicaments dans une commune dépourvue de pharmacie, *s'il habitait lui-même une commune dépourvue de pharmacie* ; il n'en avait pas le droit *s'il habitait une commune où existait une officine.*

Le droit sera égal du moment que dans la commune où habite le malade il n'existera pas d'officine ouverte.

Dans tous les cas, s'il y a urgence, le médecin délivrera les médicaments au malade qu'il visitera, ou chez lui, la nuit par exemple. Et cette mesure se justifie amplement par l'intérêt du malade ; — la nature des médicaments qui pourront être ainsi délivrés, laudanum, ergotine, sulfate de quinine, ipécacuanha, etc..... suffit à expliquer ce que nous voulons dire.

Mais ce n'est pas tout encore, et il y a un cas dans lequel le médecin doit être absolument libre, nous voulons parler du cas où le pharmacien n'a pas ce qu'on lui demande.

Le pharmacien, tout le monde le sait, devient de plus en plus commerçant ; il ne prépare plus ni extraits, ni teintures, qu'il se procure, à meilleur compte, dans les grandes maisons qu'on trouve à Paris et dans les principales villes ; il achète en gros ses dragées, ses capsules, ses granules et se borne à les revendre en détail.

Ce mode de faire, auquel nous nous conformons volontiers et contre lequel il serait inutile de protester, donne au médecin le droit de choisir la marque de fabrique qui lui plaît, et celle-ci n'est pas toujours celle que préfère le pharmacien. Dans une grande ville, l'inconvénient est mince, et ce que n'a pas un pharmacien, on le trouve chez un autre ; — mais, dans un chef-lieu de canton où il n'y a qu'une officine, le médecin ne peut recourir ailleurs, il n'a pas le droit d'exiger que le pharmacien ait la marque X. plutôt que la marque Y. bien que souvent, pour lui, les deux marques ne soient pas équivalentes ; lui imposera-t-on le choix du pharmacien ?

Les exemples sont nombreux ; tous nous connaissons du sulfate de quinine qui agit et du sulfate de quinine qui n'agit pas, du salicylate de soude qui agit et d'autre qui n'agit pas ; nous savons que les alcaloïdes allemands ne valent pas les alcaloïdes français ; que les alcaloïdes amorphes sont moins actifs que les alcaloïdes cristallisés etc., nous trouvons dans certains cas avantage à employer des capsules à enveloppe de gluten, dans d'autres des capsules gélatineuses, nous préférons les granules homogènes et bien dosés aux granules faits mécaniquement à la turbine etc....etc.... Nous avons le droit de n'user près de nos malades que des produits qui nous plaisent. Si donc l'unique pharmacien, pour des raisons à lui connues et qui nous importent peu, n'a pas ou ne veut pas avoir

les marques qui nous inspirent confiance, nous fournirons ces marques.

C'est là pour nous un droit absolu.

La question des remèdes secrets est encore une question médicale autant que pharmaceutique, elle n'est pas visée dans la proposition de loi d'une manière explicite.

Les remèdes secrets doivent être interdits. Tout médicament qui n'est pas préparé sur formule délivrée par le médecin, et par conséquent toute spécialité pharmaceutique, doit porter sur son étiquette le nom et les doses des médicaments actifs qu'il renferme.

Certains pharmaciens spécialistes, ceux qui ont des produits vraiment recommandables sont entrés dans cette voie et nous connaissons tous les médicaments, sirops, solutions, pilules, etc., pour lesquels nous sommes complètement édifiés. Que le préparateur ne divulgue ni son mode de préparation, ni le tour de main par lequel il évite telle ou telle difficulté, — rien de mieux — ; mais il ne doit pas nous induire en erreur en nous laissant ignorer la présence dans les médicaments d'un principe actif, et il ne nous suffit pas qu'il dise sirop pectoral, vin antihydropique ou élixir antiglaireux, quand bien même son prospectus mentionnerait les indications et les doses puisqu'en cette matière il est absolument incompétent.

Si la grande majorité des pharmaciens n'était atteinte du *prurigo medicandi*, nous n'aurions pas besoin d'insister. Le diplôme de pharmacien témoigne que la société peut avoir dans M. X. une confiance suffisante, qu'il ne se trompera pas de bocal et ne donnera pas de l'acide oxalique pour du sel de sedlitz, qu'il préparera convenablement tel sirop, tel extrait, telle teinture. — Mais il ne dit rien de plus, et c'est pousser l'extension à un degré par trop exagéré que vouloir lui faire signifier que le même M. X. connaît les effets physiologiques et thérapeutiques du médicament qu'il a su si bien préparer.

Les indications et les contre-indications d'un médicament ne sont pas des recettes à l'instar de celles du *Cuisinier français*, on ne dit pas : *pour faire cesser tel mal, prenez tel médicament* comme on dit : *pour faire un civet prenez un lièvre*, et, le pharmacien sût-il par cœur tous les traités de thérapeutique depuis le *Trousseau* et *Pidoux* jusqu'au *Dujardin-Beaumetz* en passant par le *Gubler*, il serait aussi ignorant de la médecine qu'il l'est actuellement.

S'il avait fait des études médicales et fréquenté l'hôpital, il saurait que la maladie n'existe pas et n'est qu'une conception de l'esprit destinée à faciliter l'étude et le langage ; il saurait qu'il n'y a que des malades présentant l'un tel symptôme et l'autre tel autre ; il saurait enfin que tel pneumonique présente des indications thérapeutiques absolument différentes de tel autre malade également pneumonique. Or, s'il savait cela, il comprendrait ce qu'a de ridicule sa prétention de faire de la médecine.

Et que les pharmaciens ne viennent pas nous répondre que nous tombons dans la même ornière et que nous voulons faire de la pharmacie alors que nos études ne nous y autorisent pas. — Nous ne préparons rien, et c'est la préparation qui véritablement constitue la pharmacie.

Si nous délivrons des médicaments, *ces médicaments viennent de chez un pharmacien* qui n'a que le seul tort de n'être pas toujours le pharmacien du coin, et, tout aussi bien que le pharmacien, nous savons ne pas confondre le sous-nitrate de bismuth et la poudre de quinquina. Nous exécutons la formule, mais le pharmacien est-il fondé à dire que lui seul, personnellement, est apte à faire dissoudre 6 grammes de bromure de potassium dans 200 grammes d'eau distillée et à incorporer un gramme d'extrait de belladone dans 30 grammes d'axonge ? — Il faudrait qu'il ne se déchargeât jamais de ce soin sur son élève, sur sa femme ou sur son domestique ; il faudrait enfin que jamais on ne vit sortir de chez un pharmacien, comme nous l'avons vu, de l'onguent napolitain où le mercure était avantageusement remplacé par la poudre d'ardoise pilée !

L'inspection de la pharmacie est encore une question. Les pharmaciens veulent un inspecteur départemental, ancien pharmacien et fonctionnaire assermenté. Nous préférons, nous, l'état de choses actuel, c'est-à-dire la commission de trois membres où l'élément médical est représenté très utilement.

Une loi qui tiendrait compte des observations que nous avons présentées serait-elle parfaite ? — Non assurément et elle ne répondait même, nous l'avouons sans peine, que très imparfaitement à ce qui est notre idéal en la matière ; mais elle aurait l'avantage au moins d'être applicable et de créer entre médecins et pharmaciens un *modus vivendi* acceptable, elles ne sacrifierait aucune des deux professions à l'autre et permettrait d'attendre le moment où, la logique triomphant, on ne s'obstinerait plus à séparer des études qui devraient être réunies et où *liberté pour tous* deviendrait la seule formule acceptable.

UN PRATICIEN.

JOURNAUX ÉTRANGERS

Des différentes formes de paralysies chez les enfants (Travail lu par le Dr Wharton Sinkler, à la Société d'obstétrique de Philadelphie (1).

La forme la plus commune est la *Paralysie spinale infantile*, affection qui frappe les enfants surtout vers l'âge de 2 ans. Plus des 2/3 des cas qu'a observés le Dr Sinkler sont survenus pendant les mois d'été. La chaleur et la dentition paraissent être des causes prédisposantes. L'attaque de paralysie est précédée de fièvre plus ou moins forte, avec douleurs dans les membres, et fatigue au moindre mouvement. Quelques jours après apparait la paralysie qui, au bout de quelque temps, se localise dans une région.

La sensibilité n'est pas abolie, mais l'atrophie des muscles atteints ne tarde pas à apparaître, et la température est plus basse que la normale dans ces régions.

La peau est marbrée, sans qu'il y ait cependant tendance à l'ulcération.

Les réflexes tendineux sont diminués ou abolis. Au début, les muscles ne répondent pas au courant faradique, et plus tard le courant galvanique est aussi impuissant.

Presque tous les cas de pieds-bots que l'on rencontre sont dus à cette maladie. Les difformités des extrémités supérieures sont rares, contrairement à ce qui existe dans les paralysies d'origine cérébrale.

Vient ensuite la *Paralysie spasmodique*. Il y en a deux variétés : La 1re est due à une lésion primitive de la moelle. Dans la 2e la lésion de la moelle n'est que secondaire, elle vient d'une lésion primitive du cerveau qui, en descendant, s'est étendue au cordon médullaire.

Dans la 1re variété on trouve souvent, peu après la naissance, de la contracture des membres qui, d'abord passagère, devient permanente lorsque l'enfant a grandi. Lorsque, soutenu sous les bras, il tente de se tenir debout ou de marcher, ses mouvements sont caractéristiques.

Les pieds étant dans l'extension, il s'appuie sur l'extrémité des orteils; les genoux fortement ramenés dans l'adduction, se touchent, et les jambes s'embarrassent l'une dans l'autre.

Les membres supérieurs se raidissent aussi parfois au moindre mouvement. En général, l'intelligence est intacte, mais la parole n'est pas toujours nette. La sensibilité est normale; les réflexes sont exagérés; les muscles ne sont pas paralysés.

Ces symptômes font penser que la lésion est localisée dans les cordons latéraux; mais on ignore quelle est exactement la nature de cette lésion, car il n'y a pas encore eu d'autopsie.

Si la lésion de la moelle est secondaire et vient d'une lésion descendante du cerveau, l'enfant est idiot ; la tête est petite; le nystgamus fréquent.

(1) Traduction du : *Médical and chirurgieal Reporter*.

Nous allons maintenant étudier les *Paralysies provenant d'un mal de Pott*. Dans cette affection, la paralysie est causée par une carie vertébrale qui engendre, soit de la méningite des enveloppes de la moelle, soit de la myélite.

S'il n'y a que de la méningite, les jambes sont le siège d'une douleur violente et d'une forte contracture.

Ordinairement il y a de la myélite et alors les jambes sont engourdies ; elles sont le siège de picotements et la sensibilité y est abolie. Peu à peu les muscles se paralysent; il y a incontinence des matières fécales et des urines. On trouve des ulcérations au sacrum et aux jambes.

Les paralysies d'origine rachitique ou diphthérique sont rarement complètes.

Les paralysies rachitiques sont très fréquentes chez les enfants nègres. A 3 ou 4 ans l'enfant est encore incapable de se tenir debout ou de marcher. Il peut mouvoir ses membres et a conservé la sensibilité, mais la puissance musculaire est bien diminuée.

La paralysie diphthérique débute ordinairement par le voile du palais et s'étend ensuite aux membres. Elle est en général incomplète et bilatérale, et ne dure presque jamais que quelques semaines.

La pseudo-paralysie hypertrophique est une forme rare. Elle est caractérisée par l'impotence des muscles qui sont en même temps hypertrophiés. L'affection débute par une faiblesse des membres inférieurs, un balancement particulier du tronc et un écartement des jambes pendant la marche. Les épaules sont projetées en avant. Plus tard les fibres musculaires disparaissent par atrophie. Les reflexes sont abolis ainsi que la contractilité électrique. Il n'y a ni paralysie rectale, ni paralysie vésicale.

La mort survient par atrophie des muscles respirateurs.

L'intelligence est souvent atteinte.

Les paralysies causées par la maladie de Friedreich ou ataxie locomotrice héréditaire sont très rares chez les enfants.

Il y a enfin les paralysies d'origine cérébrale. L'hémiplégie en est la forme ordinaire. Cette hémiplégie peut être causée par une application du forceps ou par un travail trop prolongé. Mais quelquefois ces causes n'existent pas et, dans ce cas, la paralysie vient d'une lésion du cerveau, et elle est ordinairement permanente. Le côté affecté prend moins de nourriture que le côté sain. Les convulsions sont fréquentes. L'enfant paraît idiot et a de la difficulté à s'exprimer.

Il marche péniblement, les membres malades sont plus petits et plus courts que les autres. Plus tard les convulsions peuvent se reproduire et revêtir la forme épileptique.

Il y a une forme appelée *Choréique* dans laquelle le bras malade est continuellement en mouvement. Dans ce cas on observe parfois de l'hypertrophie musculaire, tandis que le squelette du bras est plus court et moins gros que normalement.

Dr Ruelle.

La variole au Canada.

Monsieur le Directeur,

Une épidémie tristement intéressante de variole grave a sévi dans la cité Montréal-Canada. « Un simple cas de varioloïde en aurait été la première manifestation et probablement l'origine, car on a pu suivre très exactement le développement de l'épidémie, et constater ainsi une fois de plus combien l'oubli des moindres précautions peut avoir les plus fâcheuses conséquences.

En effet, au lieu de profiter des dures leçons des épidémies antérieures, une grande partie de la population, obstinée dans ses superstitions, retenue par ses préjugés, et se fiant aux conseils d'une sorte de faux prophète, a, pendant plusieurs années, négligé, ou plutôt refusé, la seule sauvegarde dont la science ait reconnu la valeur. Et comme, durant les cinq dernières années où, par un répit presque inespéré, la variole ne s'était point montrée, la population des métis s'était beaucoup accrue, les enfants non-vaccinés ont été non-seulement une proie toute préparée pour l'épidémie, mais encore la principale cause de son rapide développement.

Aussi cette classe a-t-elle payé le plus lourd tribut à la mortalité qui a atteint le nombre considérable de 850 décès, depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'octobre 1885.

En outre, on peut affirmer que les autres cas, quoiqu'il soit impossible de les compter, s'élèvent à autant de centaines. C'est que, pendant plusieurs semaines, la maladie a progressé sans aucune surveillance de la part du Conseil sanitaire ; c'est que trop longtemps aussi l'on s'est borné à la seule persuasion.

La vaccination obligatoire et l'isolement obligatoire, ou à l'hôpital ou dans la maison, sont, en vérité, les seuls moyens qui puissent produire une diminution de ce fléau. Chaque personne, dans la Cité, doit être vaccinée; chaque cas de variole doit être déclaré aux autorités sanitaires, qui décident de la conduite à tenir pour l'isolement, et qui font appel aux citoyens actifs et instruits pour combattre la maladie avec énergie et dévouement. »

A propos de cette épidémie, et à titre de curiosité scientifique, voici une opinion qui a été exprimée dans un journal de New-York, et qui ne manque pas d'originalité.

« La variole serait originaire du Canada où elle aurait sévi toujours avec violence, surtout dans le voisinage de Montréal. Jacques Cartier, lorsqu'il découvrit le premier le fleuve Saint-Laurent, y aurait trouvé les indiens mourant par centaines : la maladie aurait pénétré à bord de ses vaisseaux, et à Hochelaga, elle aurait fait tant de victimes parmi leurs équipages, qu'un navire aurait été abandonné faute de marins pour le gouverner.

Elle en aurait encore fait pendant le retour en Europe, et, par cette voie, elle aurait été importée dans l'Ancien Continent.

Cependant la variole attaquerait rarement les nouveau venus, et serait plus meurtrière pour les races qui sont établies dans le pays depuis le plus de temps. Aussi les Hurons et les Iroquois auraient été presque totalement exterminés par cette maladie qui, maintenant, s'attaquerait aux Français-Canadiens les plus anciens colons, et paraîtrait devoir épargner les Anglais pendant quelques générations encore.

Les enfants y seraient plus exposés, parce qu'à cause de leur moindre taille ils subiraient plus facilement les effluves terrestres, par un phénomène analogue à celui de la grotte des Chiens en Italie. Ainsi la variole serait originaire de Montréal-Canada comme la fièvre jaune le serait de la Nouvelle-Orléans et la palustre de New-Jersey. »

Cette théorie ne manque pas de saveure américaine.

Dr A.

THÉRAPEUTIQUE.

Les accidents d'intoxication par la cocaïne

Depuis quelques mois, les cas d'intoxication produits par la cocaïne en applications locales, sont plus fréquents ; ils sont surtout publiés par des auteurs étrangers, et le plus grand nombre se sont déclarés à la suite d'instillations oculaires ou d'injections sous-cutanées.

A la fin de 1885, le Dr, Reich, médecin russe, citait deux cas observés dans sa clientèle. Chez une jeune fille de dix ans, à laquelle il fit, au mois de mai 1885, une opération d'iridectomie, pour un leucome de l'œil droit, quinze gouttes d'une solution de cocaïne à 2 p. 100 furent instillées; l'opération fut faite sans douleur et la malade rentra chez elle. Mais, aussitôt, malaise général ; la face pâlit, des nausées et des vomissements surviennent. Pas de douleurs de tête, ni de douleurs dans l'œil opéré. Ces symptômes disparurent au bout de 24 heures.

A une femme de soixante ans, bien portante, que Reich opéra d'une cataracte récidivée au bout de deux mois et demi, huit à dix gouttes de solution de cocaïne à 2 p. 100 furent introduites dans le sac conjonctival à trois reprises, et l'opération fut absolument indolente. Deux heures après, la malade ressentit des douleurs vives dans la tête et l'œil opéré, douleurs accompagnées d'une certaine faiblesse, de sueurs froides sur le front, de tremblement des mains et d'un léger vertige. Ces accidents disparurent vers le soir.

Le Dr Mayerhausen (*Centralblatt für Therapie 1885*), a cité le cas d'une fillette de douze ans, à laquelle, pour faire le grattage d'une tache noire sur la cornée, produite par une blessure de l'œil avec une plume en acier, il instilla à quatre reprises une ou deux gouttes d'une solution de cocaïne à 2 p. 100. Pendant l'opération, les instillations furent continuées à intervalles de 4 à 5 minutes, et l'auteur estime que, la moitié au moins du liquide s'étant écoulée avec les larmes, c'est tout au plus si cinq milligrammes de cocaïne furent absorbés. Or, au moment de se soulever de la table d'opération, l'enfant se plaignit d'un violent mal de tête, qui alla en s'exaspérant, d'un chatouillement dans la gorge, de fortes nausées ; pendant toute la journée, elle fut en proie à l'anorexie, à une très grande prostration et à une apathie complète. Elle titubait en marchant, la parole était embarrassée, la langue comme paralysée.

Le Dr Knapp (*centralblatt für Therapie 1885*) voulant énucléer le globe de l'œil chez un malade, injecta, dans la profondeur de l'orbite, six gouttes d'une solution de cocaïne à 4 p. 100. Pendant l'opération, le malade eut une syncope. Dans un autre cas, il injecta six centigrammes d'une solution de cocaïne à 3 p. 100 au siège d'implantation d'un kyste dermoïde de la paupière supérieure ; pendant l'opération le malade eut aussi une syncope.

Enfin, Ziem rapporte (*Allgemeine medic Centralzeitung 1885*) que, voulant faciliter l'exploration de la cornée et du cul-de-sac conjonctival chez un malade, il fit une injection de deux gouttes de cocaïne à 4 p. 100.

Au bout de quelques instants, les pupilles étaient dilatées, le malade était d'une pâleur cadavérique, des gouttelettes d'une sueur froide perlaient sur son front; il se plaignait d'avoir un voile noir devant les yeux et de ne plus être le maître de ses pensées. Tous ces accidents durèrent environ un quart d'heure.

Ziem a recueilli dix-sept observations d'intoxication par la cocaïne publiées par des oculistes, dont quelques-unes marquées par des symptômes graves.

M. Dehenne, dans une note sur l'emploi du chlorhydrate de cocaïne en thérapeutique oculaire, dit qu'il emploie une solution de cocaïne à 5 0/0 à la dose de dix à douze gouttes en instillations; or, dans les observations qui précèdent, la solution employée n'était que dans les proportions de 2 0/0. Ces différences dans les résultats ne dépendraient-elles pas de la pureté du produit employé? — M. Chevallereau vient de signaler un cas d'hébétude passagère après des instillations de cocaïne pour une strabotomie.

En janvier 1885, à la Société de Thérapeutique, M. Dujardin-Beaumetz signalait ce fait, que les injections sous-cutanées de chlorhydrate de cocaïne auraient causé, chez plusieurs personnes, des accidents vertigineux, des syncopes, ou des illusions sensorielles avec excitation cérébrale; ces troubles passagers n'auraient été observés que quand les personnes étaient dans la position verticale, ce qui contribuerait à faire admettre qu'ils résultent de l'anémie cérébrale. D'ailleurs dans plusieurs des observations citées plus haut, les accidents ne se sont produits qu'après le passage de la position horizontale à la position verticale.

Dans une discussion sur la cocaïne, à la Société de Médecine de Paris (janvier 85), M. Thorens a signalé des accidents d'intoxication dans la gorge (faiblesse, abattement), et M. de Ranse ajouta que le Dr Laborde avait observé des syncopes à la suite des injections sous-cutanées de cocaïne, même à doses assez faibles.

Cependant, en parcourant la longue énumération des applications actuelles de la cocaïne à beaucoup d'affections, on ne voit guère que son emploi en oculistique qui soit accusé, avec une certaine raison, de quelques inconvénients.

Quelle que soit l'interprétation de ces faits, on ne saurait, croyons-nous, les négliger.

Dr Deligny.

De l'action du mercure sur le sang chez les syphilitiques et les anémiques

C'est à l'aide de l'hématimétrie que le Dr Gaillard (1) a étudié cette action très importante: avant lui Harfelaud, Basset, Armingaud, Martin-Damourette, Liégeois, avaient bien considéré le mercure à faible dose comme un reconstituant des plus puissants; mais Wilbouchwitch avait, le premier, par la numération des globules, constaté que le mercure guérit, au début l'hypoglobulie produite par la syphilis. Robin (in thèse Paris 1880) était arrivé aux conclusions suivantes : chez les syphilitiques, qui absorbent du mercure à dose thérapeutique, soit par voie dermique, soit par le tube digestif quand il ne survient aucun trouble des fonctions digestives, aucun accident intercurrent, il se produit généralement une augmentation du nombre, des globules rouges. Toutes les fois que le mercure détermine une salivation ou une diarrhée un peu prolongée, l'hypoglobulie apparaît.

Les observations s'accordent donc à reconnaître l'augmentation des globules rouges sous l'influence du mercure à faible dose ; M. Gaillard cherche à résoudre la question du temps pendant lequel l'action favorable peut s'exercer. Il divise en trois groupes les malades qu'il a ainsi observés : 1° dans le premier groupe (anémie très légère ou anémie au premier degré), il se produit au début une diminution du nombre des globules et de la richesse hémoglobique, diminution qu'il faut attribuer peut-être à la syphilis : l'anémie qu'elle détermine n'est pas arrêtée par le traitement d'une façon immédiate ; 2° dans cette seconde catégorie (syphilis et anémie au second degré) le résultat favorable est survenu rapidement. 3° Dans une troisième catégorie (syphilis, anémie au second degré, mercurialisme), l'anémie n'a pas eu de tendance à guérir à cause de l'intolérance des sujets pour le mercure. Ce sont donc les malades de la seconde catégorie (syphilitiques, anémiques au second degré et supportant bien les préparations mercurielles qui bénéficient le plus largement de l'action tonique et réparatrice de l'hydrargyre.

C'est chez ces malades qu'on peut le mieux compter sur le mercure pour fabriquer des globules et de l'hémoglobine pendant une période, qui variera suivant les sujets. Quant au nombre des globules blancs, il est difficile de faire la part du traitement mercuriel dans leurs variations.

M. Gaillard a également étudié, au même point de vue, l'action du mercure avec le sang, chez les anémiques, qui ne sont pas syphilitiques bien entendu ; chez les sujets atteints d'anémie simple au

(1) Archives générales de médecine novembre 1885, page 527.

premier ou au second degré, les préparations mercurielles produisent les effets suivants :

1° Le nombre des globules rouges peut diminuer légèrement au début, sans remonter au chiffre primitif, mais plus souvent il augmente progressivement, jusque vers le 14e jour du traitement, pour subir ensuite une légère diminution.

2° La richesse hémoglobique s'accroît toujours d'une façon progressive, jusque vers le vingt-quatrième jour du traitement et, après avoir atteint son apogée à ce moment, redescend vers son chiffre primitif, mais en le dépassant toujours si l'expérimentation dure pendant plusieurs semaines.

3° La richesse hémoglobique augmente dans une proportion plus considérable que le nombre des globules ; elles s'accroît même quand le nombre des globules diminue, de sorte qu'on peut comparer le mercure aux métaux qui fabriquent l'hémoglobine.

4° Le poids du corps augmente presque constamment sans qu'on puisse établir exactement la relation qui existe entre son accroissement et l'état du sang.

NOUVELLES

Cours. — Le Dr Aguilhon de Sarran reprendra son cours de Chirurgie dentaire le mardi 2 mars à 5 heures du soir, et le continuera les samedis et mardis suivants à sa clinique, 13, rue Suger.

BIBLIOGRAPHIE

Mémoire sur les occlusions intestinales (13 observations), par le docteur Ch. Auffret, Médecin en chef de la marine, ancien chef des travaux anatomiques, Professeur de médecine opératoire à l'École de Brest, Membre correspondant de la Société anatomique de Paris, etc. Un volume in-8 de 55 pages. — Prix : 2 francs.

Luchon dans le traitement de la syphilis, par le docteur P. Ferras, ancien interne des hôpitaux, médecin de l'hospice thermal Ramel, Membre de la Société hydrologique, etc. Une brochure in-8 de 31 pages. — Prix : 2 francs.

Recherches sur l'électrolyse et le transfert des médicaments à travers l'organisme par le courant électrique, par le docteur F. Bardet, Chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin. Une brochure in-8 de 12 pages. — Prix : 50 centimes.

Histoire de la médecine, par L. Barbilion, interne des hôpitaux, Paris 1886. Un volume in-18 de 140 pages. Librairie Dupret, 3, rue de Médicis.

Hygiène de l'Orateur, par le Dr A. Riant. Paris, 1886. Un volume in-18 de 288 pages. — Prix, 3 fr. 50. Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Les transports mortuaires spécialement par chemin de fer, par le Dr Schoenfeld. — Paris, G. Masson, 1885.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Bureau de l'Union : M. le Dr Marguerite, président ; M. Cézilly, vice-président ; MM. Destrem, Milet, assesseurs ; M. Barat-Dulaurier, secrétaire-trésorier.

Syndicat de Corbeil

Rapport lu à l'Assemblée générale du 24 janvier 1886.

Messieurs et chers confrères,

Le syndicat de Corbeil entre dans sa quatrième année d'existence. Malgré de sérieuses difficultés, malgré quelques défaillances, il a accompli une grande œuvre, l'union de vingt-cinq confrères sous une règle commune. Cette union nous honore : elle suffirait seule à prouver l'utilité de notre association. Elle a déjà trouvé sa récompense.

C'est grâce au syndicat que les collectivités qui nous entourent et nous exploitent à l'envi ont dû céder à nos légitimes exigences. Nous sommes heureux de vous l'apprendre, vos efforts de quatre années n'ont pas été stériles. Ils viennent d'être couronnés de succès dans les deux voies où ils étaient engagés, dans la question des assurances et dans celle des sociétés de secours mutuels.

La question des sociétés de secours mutuels n'a été abordée que l'année dernière. Elle a été promptement résolue. Partout on nous donne une rétribution dérisoire qui contraste singulièrement avec tous les services qu'on attend, ou plutôt qu'on réclame de nous. Nous avons été unanimes à nous plaindre de cette situation ; et la principale disposition prise, vous le savez, a été de demander un minimum de 5 fr. dans les abonnements par capitation. Le syndicat laissait d'ailleurs à chacun de nous le soin de défendre ses intérêts dans ce sens.

Le premier, M. le docteur Vignes a cherché à faire entrer nos décisions dans la pratique. Médecin de la société de secours mutuels d'Evry-Petit-Bourg, où, pour ses 400 francs, il se trouvait à la disposition de 140 familles, il a écrit en décembre dernier, à son président, pour lui donner le choix entre sa démission au 1er janvier 1886 ou l'acceptation de nos conditions nouvelles. Cette attitude énergique n'a pas été sans résultat. La société d'Evry-Petit-Bourg vient de conclure, avec M. Vignes, un arrangement que nous recommandons à toutes ses congénères. Elle alloue au médecin la somme annuelle de 10 fr. par famille ou par célibataire. Les accouchements, les maladies de

femmes, les visites de nuit sont exclues des soins dûs aux sociétaires. D'accord avec notre confrère, la société a fait là une réforme sérieuse, dont tout l'honneur revient au syndicat.

La question des assurances est loin d'être aussi simple et aussi facile à résoudre que celle des sociétés de secours mutuels. Je n'ai pas à vous rappeler les péripéties de la lutte que nous soutenons depuis près de quatre ans avec les compagnies d'assurances. Il y a un an, cette lutte arriva à l'état aigu; et rien n'en faisait prévoir la fin, les compagnies étant aussi ardentes à sauvegarder leurs gros bénéfices que nous à défendre nos droits. La question des assurances serait donc restée définitivement à notre ordre du jour, si une solution imprévue n'était pas survenue tout récemment *en dehors des Compagnies et malgré elles*. La guerre va cesser faute de combattants. Encore un pas et les Compagnies auront vécu.

Les patrons qui font assurer leurs ouvriers aux compagnies d'assurances, tiennent, en échange de leur prime régulièrement payée, à deux choses essentielles : 1° les soins du médecin; 2° des indemnités proportionnées à la gravité des sinistres. Jamais les compagnies ne les ont complètement satisfaits. Sans doute, jusqu'ici le service médical avait été assuré: *les Compagnies prodiguaient nos soins à leurs blessés*. Les indemnités, par contre, étaient plus difficiles à obtenir : on les refusait parfois, on les marchandait souvent. Le jour où le corps médical, fatigué d'être la dupe des compagnies, a refusé son concours, les patrons n'ont plus hésité à résilier leur police.

Réunis dans un vaste syndicat, les patrons de l'arrondissement de Corbeil ont pensé avec raison qu'il y avait tout intérêt pour eux et pour nous à supprimer ces intermédiaires aussi coûteux qu'inutiles, qu'on appelle les compagnies d'assurances. Ils ont fondé une société mutuelle d'assurance; et notre syndicat est appelé aujourd'hui à établir les conditions de notre concours à cette œuvre utile. Ces conditions sont faciles à poser, en tenant compte de nos délibérations antérieures et des entretiens que votre secrétaire a eu l'honneur d'avoir avec le président du syndicat des entrepreneurs. On peut les résumer dans les trois propositions suivantes:

1° Le syndicat médical de Corbeil a conclu avec le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement de Corbeil, le présent arrangement pour assurer le traitement de tous les accidents du travail, qui surviendront aux ouvriers des patrons syndiqués, réunis en société d'assurance. Tous les médecins syndiqués donnent leurs soins, au choix des sinistrés, et dans les conditions indiquées aux statuts.

2° Le prix de 15 fr. est fixé pour tout sinistre certifié, soigné et liquidé.

3° Les médicaments usuels (alcool camphré, arnica, eau blanche, perchlorure de fer, etc.) sont fournis à chaque médecin pour les pansements dans le cabinet.

Une seule objection peut être faite à ce programme : permettez-moi d'y répondre. On ne parle pas des accidents graves et du tarif spécial que nous avons toujours cherché à leur appliquer. La proportion des accidents graves est très faible : des recherches minutieuses me permettent de vous affirmer qu'elle ne dépasse pas 2 p. 100. Dans ces conditions, le projet que je vous soumets serait plus avantageux que le traité voté l'année dernière, avec M. Crété.

J'espère donc que vous ratifierez mes propositions et que vous donnerez pleins pouvoirs à notre nouveau bureau, pour conclure un traité définitif avec le syndicat des entrepreneurs de Corbeil.

Le secrétaire: Dr Surbled (de Corbeil).

Syndicat et association des médecins du Rhône.

Nous recommandons à l'attention de nos lecteurs le compte rendu suivant des travaux du syndicat médical du Rhône que nous empruntons au *Lyon médical*. Les pessimistes pourront voir que, même en ne possédant par le droit d'ester en justice, les syndicats médicaux rendent aux médecins des services qui ne sont pas à dédaigner, et cela à une condition unique : c'est que chacun veuille bien sortir un peu de cet état de torpeur qui, pendant trop longtemps, a été en quelque sorte l'état normal des membres de notre profession.

Nous pouvons beaucoup pour améliorer moralement et matériellement notre situation. Pourquoi rester dans l'inertie ? Espère-t-on que les améliorations viendront toutes seules ? L'histoire du passé n'est-elle pas là pour nous avertir que nous resterons toujours à l'arrière plan des réformes, si nous ne cherchons pas à les provoquer en nous occupant nous-mêmes de nos affaires.

Si nos confrères de *Lyon* n'ont pas atteint entièrement le but qu'ils s'étaient proposé, du moins il faut leur rendre cette justice qu'ils ont utilement employé leur temps. A. B.-D.

Le 4 août de l'année dernière, répondant à l'appel de l'Association des médecins du Rhône, vous vous êtes constitués en syndicat, en vous conformant aux prescriptions de la loi du 21 mars 1884. Et, après l'adoption de vos statuts, vous avez chargé une commission de neuf membres, assistés d'un des jurisconsultes les plus autorisés de notre ville, de diriger cette nouvelle institution, de lui donner une impulsion ferme et décisive, et de faire sortir de ses travaux des résultats en rapport avec les grandes espérances que vous en aviez conçues. Désignés par vos sympathiques suffrages, nous avons accepté cette mission. . .

Le premier soin de votre Chambre syndicale a été de régulariser l'état civil de votre association. Les formalités prescrites par la loi du 21 mars 1884 furent remplies, sans opposition de la part de l'autorité compétente. Et pourtant, dès les premiers moments, notre existence même fut mise en péril par un jugement, dont le retentissement fut grand, et dont la presse médicale et les statuts s'émurent profondément.

Tandis que la portée de la loi sur les syndicats semblait aux yeux de tous aussi large que possible, et que telle était, d'après la circulaire ministérielle du 25 août 1884 « la pensée dominante du Gouvernement et des Chambres, » le tribunal de Domfront, le 6 oc-

tobre 1884, à propos d'une demande en dommages-intérêts formée par le Syndicat médical de la région sud-ouest de l'Orne, pour exercice illégal de la médecine, décida que les médecins ne peuvent se constituer en syndicat, et que, d'ailleurs, eussent-ils ce droit, ils ne pourraient ester en justice. . . . .

En nous inclinant respectueusement devant la sentence de la Cour suprême, c'est avec douleur que nous avons constaté une fois de plus, cette sorte d'exception dont souffre trop souvent le corps médical, cet état d'isolement et d'oubli où il est tenu constamment.

La loi de 1791 a supprimé les maîtrises, les jurandes et les corporations professionnelles. Les facultés de médecine furent atteintes comme associations professionnelles, et durent se dissoudre. Aujourd'hui, par suite de l'évolution que subit la société, de la nature même de ses tendances, de ses besoins, la nécessité des associations devient inéluctable, et légitime le droit de se réunir pour soutenir des intérêts communs, afin de ne laisser perdre, dans cette lutte de chaque jour, aucune force isolée.

Et tandis qu'on fait disparaître de notre code ces lois restrictives de 91, les corporations médicales, frappées par elle, ne peuvent se relever. Pareil état de choses nous impose plus que jamais le droit de nous unir étroitement pour réclamer avec instance, et avec toute l'autorité morale dont dispose le corps médical, ce qu'en France on ne devrait jamais avoir a demander, l'égalité devant la loi. A ceux qui éprouvent des défaillances nous dirons que nous comptons cependant sur eux, et que nous avons droit à leur appui. Mieux qu'aux heures du succès, leur dévouement doit nous être acquis, car c'est l'intérêt général de notre grande famille médicale qu'il s'agit de soutenir et de défendre par toutes les voies légales. Votre Chambre syndicale n'a pas un instant cédé au découragement, et repoussant toute idée de dissolution du syndicat, dont les destinées lui sont confiées, elle a décidé de faire appel à votre concours, et, forte de votre appui, de prendre part au grand mouvement organisé sur tous les points de la France par les syndicats médicaux, dans le but d'obtenir du Parlement l'adjonction à la loi sur les syndicats professionnels d'un article qui en étende le bénéfice aux professions libérales. Et ces démarches, qui ne peuvent qu'obtenir un résultat favorable, car elles sont en rapport avec l'esprit qui a présidé à l'élaboration de cette loi, seront poursuivies, afin surtout de dissiper toutes les incertitudes de la jurisprudence susceptibles de gêner notre intervention possible devant les tribunaux. Car il reste bien établi que notre syndicat existe toujours, qu'il fonctionne, et que le parquet, qui possède nos statuts et la déclaration faite par nous de notre constitution en association syndiquée, ne nous a adressé aucun avis nous invitant à nous dissoudre.

Tandis que notre existence légale était mise en cause, les juges de paix de notre ville n'ont pas hésité à accepter nos avis dans des affaires concernant des recouvrements litigieux d'honoraires.

Dans les cas de ce genre, non seulement nous voyons venir à nous les membres du Syndicat, mais notre intervention arbitrale est souvent réclamée par les clients eux-mêmes, qui, si elle vient à leur être défavorable, se soumettent généralement pleins de confiance dans notre impartialité absolue.

Une des affaires les plus graves que nous ayons eu à examiner nous a été soumise par un de nos confrères qui s'était vu refuser le payement d'une note d'honoraires s'élevant à une somme importante, sous prétexte que, dans les maladies chroniques, exigeant des soins constants, le prix des visites, par le seul fait qu'elles sont multipliées, doit être abaissé. Le Tribunal civil avait accepté en principe ce mode facile d'évaluation des honoraires médicaux, et avait admis, en outre, que les injections hypodermiques de morphine ne donnent pas droit à des honoraires supplémentaires. Nous avons engagé notre confrère à persister dans ses conclusions en appel, et, dans un mémoire longuement motivé, qui sera lu devant la Cour, nous nous efforçons de bien établir que, si grand que soit le nombre des visites faites au cours d'une maladie, aiguë ou chronique, le prix de chacune d'elles est dû intégralement, et à l'égard des injections hypodermiques de morphine, que le devoir du médecin traitant est de les pratiquer lui-même, et qu'il lui est dû, pour chacune de ces opérations, des honoraires spéciaux. Nous espérons que la jurisprudence suivie par les premiers juges sera complètement modifiée par la Cour.

Le caractère particulier de diverses affaires litigieuses qui nous ont été soumises, et la mauvaise foi avec laquelle certains clients en usent avec leurs médecins nous ont démontré la nécessité de recourir à la seule mesure de défense qui puisse être efficace : l'établissement d'un livre noir. Lorsque notre existence légale sera reconnue d'une manière définitive, que nous entrerons en pleine possession des droits que confère aux syndicats la loi du 21 mars 1884, nous vous livrerons ce registre, qui pourra dès lors être librement consulté par chacun de vous.

Etendant la sphère de nos travaux, nous avons entrepris l'étude de questions d'un intérêt plus général, et relatives soit aux conditions mêmes de l'exercice de la médecine en France. . . . .

Suit l'historique de la Révision de la législation...

Nous lisons dans le *Praticien* du 20 juillet l'article suivant :

La décision de la cour suprême, en dépouillant les syndicats médicaux du droit d'ester en justice et même en contestant leur existence légale, va leur porter un coup funeste (1). Il est certain qu'il est bien singulier de voir non seulement tous les corps d'Etat, mais aussi les pharmaciens, les avocats, les hommes de lettres exerçant tous des professions libérales, posséder des droits et des prérogatives qu'on nous refuse à nous seuls. Il est inutile de songer à lutter contre le vouloir bon ou mauvais de la magistrature. On sait qu'il y a toujours eu entre le corps judiciaire et le corps médical, un certain antagonisme qu'on explique en partie par l'esprit libéral du second et les opinions réactionnaires et tracas-

(1) Notre honorable confrère nous permettra de n'être pas de son avis : les syndicats continueront à vivre comme par le passé et à rendre aux médecins d'incontestables. A. B.-D.

sières du premier. Deux lignes de conduite restent à suivre : ou demander la modification ou plutôt l'interprétation de la loi, car certainement les législateurs qui comptent tant de nos confrères parmi eux, n'ont pas eu l'intention de faire une exception unique contre nous ; ou bien créer un syndicat général analogue à la Société des gens de lettres, au corps des avocats, etc., et d'en obtenir la déclaration d'utilité publique qui donnerait à ce syndicat central le pouvoir d'ester en justice, recueillir des successions, etc.

Il n'est pas impossible d'obtenir du Parlement l'interprétation de la loi sur les syndicats professionnels, il y a un précédent incontestable. En 1872 (?), M. Dufaure ayant besoin d'augmenter nos revenus, fit voter une loi d'interprétation sur les locations verbales. Il s'exprimait à peu près en ces termes : « Actuellement, tout bail doit être enregistré et acquitter les droits; jusqu'ici, on n'a pas appliqué la loi pour les locations », « purement verbales ; » nous venons demander une loi qui confirme le droit de l'administration. A la rigueur, nous pourrions nous en passer, mais nous voulons éviter toute discussion, etc... » Il suffirait donc que nos confrères de la Chambre ou du Sénat prissent en main les causes des syndicats médicaux et que le ministère présentât un projet de loi susceptible d'être voté, pour ainsi dire, sans discussion.

Mais la seconde solution ne nous déplairait nullement, soit que, suivant l'idée émise par un certain nombre de confrères et défendue énergiquement par M. Surmay (de Ham), on instituât un ordre de médecins, soit qu'on créât une véritable Académie de médecine dont les membres seraient élus par le corps médical tout entier et pour un certain nombre d'années seulement, dix ans par exemple. Les élections auraient lieu tous les ans et les votes pourraient être exprimés par lettre recommandée.

Une assemblée ainsi constituée aurait certainement une influence extrêmement considérable à tous les points de vue. Comprenant des hommes éminents et indépendants que seuls leurs travaux scientifiques auraient fait connaître, cette Société n'aurait aucun préjugé à ménager; il ne s'agirait pas avant tout pour les candidats de plaire à tel académicien, de ne pas déplaire à tel autre afin de se ménager des suffrages. On ne pourrait tromper le corps médical en entier ou le conquérir par de succulents dîners ou de grandes réceptions. D'autre part, le temps pour lequel serait nommé chaque académicien étant limité, les non-valeurs, les retardataires, les paresseux seraient éliminés.

Par déférence pour les services rendus, le titre de membre honoraire pourrait être conféré; mais l'assemblée ne comprendrait que des confrères actifs, ni trop vieux, ni trop jeunes, susceptibles de s'occuper sérieusement de leur besogne. Notre Académie actuelle, quelle que soit sa haute valeur, est trop en dehors du corps médical et s'est placée elle-même trop au-dessus des modestes praticiens qui constituent l'immense majorité des 18,000 médecins français, pour aspirer à jouer le rôle que nous voudrions voir remplir par l'Académie, le Syndicat ou comité médical central. Notre Académie de médecine n'est guère qu'une société scientifique analogue à toutes celles qui existent et qui n'en diffère que parce que quelques attributions officielles lui ont été assignées.

Quant à l'association générale des médecins, son rôle est assurément des plus utiles, mais son organisation serait complètement à changer. Elle est pour ainsi dire muette toute l'année. Il nous faut un centre, un lien, une réunion où tout médecin soit chez lui, puisse prendre la parole sans être traité comme un instrus (1).

Malheureusement, nous manquons d'initiative et surtout de persévérance, parce que nous sommes absorbés par le travail quotidien; les journalistes remuent les idées, il leur vient quelques adhésions; mais lorsqu'il s'agit d'aboutir, on rencontre une indifférence apparente qui décourage les mieux intentionnés. C'est dès la sortie de l'école que le jeune médecin devrait s'intéresser à ces questions, dont on ne comprend l'importance que plus tard. Pour cela, il faudrait qu'il y fût encouragé, et nos maîtres, hélas! dédaignent beaucoup trop la déontologie médicale.

Une autre enquête est nécessaire. Nous faisons appel à votre expérience relativement aux rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels. C'est encore là une question d'un intérêt immédiat. La mutualité s'organise actuellement de toutes parts. Et le mode de fonctionnement des nombreuses sociétés qui se développent et prospèrent est tel que le prix des visites s'abaisse parfois, et suivant le système mis en usage pour l'évaluation et le payement des honoraires, à un taux trop minime.

Nous avons cherché un moyen pratique de remédier aux abus qui résultent des relations du médecin avec les sociétés de secours. Malheureusement, les dispositions des statuts de ces sociétés diverses, qui sont relatives à la réglementation du service médical, sont si variables, et dans les organisations qui se rapprochent, il y a de telles nuances, que nous ne saurions encore tirer de nos documents sur cette matière quelque indication générale pouvant vous être sérieusement utile.

Nous vous demandons vos communications sur ce sujet.

Messieurs, arrivés au terme de notre mandat, nous nous félicitons des rapports pleins de courtoisie qui n'ont cessé d'exister entre le Syndicat et l'Association des médecins du Rhône, dont il émane. . . . . .

Maintenant nous vous livrons nos actes, et nous les soumettons sans crainte à votre jugement. Nous pouvions faire autrement, mais non plus. En acceptant la direction de vos affaires, notre vœu le plus cher était de créer pour notre Syndicat naissant des traditions qui en fissent un jour la force et la grandeur. C'est à vous de dire si nous ne préjugions pas trop alors de notre activité, et si nous ne nous sommes pas égarés dans un dessein trop ambitieux.

Dr Rochas, Secrétaire.

(1) A l'Académie, dans la plupart des sociétés (Société médicale des hôpitaux, de chirurgie, etc.), on ne répond pas à un docteur qui n'est ni titulaire, ni correspondant, ni associé, qui *lit* une communication.

Le Directeur-Gérant: A. CEZILLY.

Paris, typ. de M. Décembre, 326 rue de Vaugirard

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

AVIS

Notre changement de domicile

Désormais le journal, par suite d'un changement d'imprimeur, sera composé en caractères neufs. Son exécution matérielle ne laissera rien à désirer, grâce aux soins de M. *Steinheil*, libraire éditeur, 2 *rue Casimir Delavigne.*

Les Bureaux et l'Administration sont transportés à cette adresse et nos correspondants sont priés d'y adresser leurs lettres et leurs communications.

Les Bureaux sont ouverts, *tous les jours de 11 heures à 4 heures.*

LA SEMAINE MÉDICALE.

Les historiens de l'avenir ne pourront manquer de croire que l'insomnie était le mal qui tourmentait le plus nos contemporains ; car les médicaments destinés à procurer le sommeil, se multiplient de mois en mois avec une telle rapidité qu'on a peine à se graver leurs noms mêmes dans la mémoire, à plus forte raison leur composition chimique et les doses auxquelles on peut les employer. Leurs noms, il est vrai, ne sont pas des plus faciles à retenir.

Après la paraldéhyde sont venues l'hypnone, puis l'hopéine ; enfin a paru **l'uréthane,** que M. Henri Huchard a signalée le premier en France à la Société de thérapeutique et sur laquelle M. C. Eloy vient de publier des renseignements très précis.

L'uréthane ou éthyl-uréthane est un éther éthylique de l'acide carbamique et mérite aussi le nom de carbamate d'éthyle ; la chimie nous livre ce corps sous forme de cristaux rhomboïdaux, blancs, transparents, larges et minces, qui sont solubles dans l'eau, l'alcool et l'éther à toute température.

Un quart d'heure au plus tôt et une heure au plus tard après l'ingestion d'une dose d'uréthane, que M. Huchard fixe à 3 ou 4 grammes pour les adultes et à 0 gr. 50 pour les enfants, le sommeil survient, exempt de rêves et de cauchemars, et dure de 4 à 8 heures, parfois plus. Les doses de 1 et 2 grammes ne seraient que sédatives.

C'est dans l'agrypnie des cardiaques, des tuberculeux et des neurasthéniques que l'emploi en a semblé surtout avantageux. *On en trouvera plus loin les meilleurs modes de véhiculation.*

Le **pronostic du cancer de l'estomac** n'est pas moins malaisé à établir que le diagnostic, ainsi que nous l'a montré à diverses reprises M. Dujardin-Beaumetz.

Aujourd'hui ni le caractère des douleurs, ni les troubles digestifs tels que l'anorexie et les vomissements alimentaires, ni les vomissements noirs, si longtemps regardés comme pathognomoniques, ni l'état d'amaigrissement et de cachexie, ni la constatation d'une rénitence dans la région de l'estomac, ni même la fameuse phlegmatia de Trousseau ne permettent rigoureusement d'affirmer l'existence d'un cancer de l'estomac.

Que dis-je ? Savons-nous même au juste ce que c'est qu'un cancer ? Les histologistes ne nous en donnent pas de caractéristique précise. Voici une question de pathologie et de clinique qui s'est bien obscurcie depuis quelques années.

Il est avéré que la gastrite chronique avec ulcération produit dans certains cas tous les troubles

digestifs énumérés tout à l'heure, et peut par épaississement hypertrophique des parois de l'estomac (linitis de Brinton) donner lieu à une sorte de tumeur, faux-cancer de Dujardin-Beaumetz, perceptible dans la région épigastrique.

La dilatation de l'estomac peut déterminer un état de cachexie si profonde qu'il est bien difficile de ne pas admettre eu pareil cas quelque cancer sous roche, et M. Bouchard nous a appris que, par suite des troubles dyscrasiques qui résultent de cet état morbide, la phlegmatia peut apparaître. En revanche la longue durée d'une affection de l'estomac n'exclut pas le cancer, comme on l'a cru longtemps, puisque dans ces derniers temps on a publié des observations de cancer ayant duré plusieurs années.

Dans une communication récente à la Société médicale des hôpitaux (12 mars), M. Beaumetz a signalé une condition qui lui paraît d'importance capitale au point de vue de la bénignité du pronostic de certains cancers, c'est *l'intégrité des orifices de l'estomac*.

Dans un cas où il avait constaté, chez un homme profondément cachectique, une grande plaque cancéreuse sur toute la région antérieure de l'estomac, il avait cru pouvoir annoncer une terminaison imminente. Or, ce moribond en apparence a vécu encore trois mois, prenant comme aliments favoris des œufs durs en salade sans avoir aucun vomissement.

L'autopsie a permis de comprendre dans une certaine mesure cette singularité. La dégénérescence cancéreuse occupait totalement les parois de l'estomac, mais les deux orifices étaient intacts, si bieu que les aliments, traversant l'estomac, allaient subir dans l'intestin une digestion plus ou moins complète, mais n'étaient pas rejetés par vomissements.

Voici un autre cas cité par M. Beaumetz où le pronostic fut par deux fois dérouté de façons différentes.

Une femme de 45 ans souffrait dès 1877, d'une affection de l'estomac. Il y a deux ans, on percevait une tumeur dans la région pylorique, les vomissements étaient si fréquents et les douleurs si violentes qu'on la croyait bien près de succomber. Au contraire, soumise au lavage, elle cesse de vomir et de souffrir et ses digestions se rétablissent pendant un an et demi. Elle rentre à l'hôpital avec de nouveaux troubles dyspeptiques; cette fois on pense pouvoir la remettre de nouveau sur pied, vu le succés d'antan. Mais elle toussait et ne tarda pas à succomber subitement dans un effort de toux. Il s'était fait en effet une perforation au centre de la tumeur cancéreuse, qui était strictement limitée à la région pylorique et qui, chose remarquable, avait complètement respecté celle des glandes à pépsine.

M. Hayem pense que, au point de vue du pronostic, *la nature histologique de la tumeur a autant d'importance que son siège*. On voit une cachexie rapide amenée par de trés petits cancers comme dans un cas où l'on ne put trouver à l'autopsie d'autre lésion qu'un nodule cancéreux gros comme une noisette situé entre le foie et l'estomac, pour expliquer la mort qu'avait amenée en peu de temps une de ces anémies qu'on appelle pernicieuses progressives faute d'en savoir la véritable cause.

M. Hayem ajoute que c'est du côté de l'examen histologique qu'on doit rechercher l'explication des différences cliniques si singulières qu'on relève dans l'évolution des cancers de l'estomac. Il a pu notamment se convaincre par ses examens micrographiques que chez tous les cancéreux qui ont une anorexie précoce il existe une atrophie générale des glandes à pepsine.

La Contagion de la fièvre typhoïde ne saurait plus être mise en doute. Bretonneau, Gendron, Bricheteau l'ont établie dans la première partie de ce siècle. Elle a été absolument démontrée par Budd en Angleterre, en France par G. de Mussy et surtout Piedvache (de Dinan), qui a fait toucher du doigt le mécanisme de la contagion de la fièvre typhoïde dans les campagnes.

Il reste seulement à éclaircir suivant quel mode s'opère cette contagion ou plutôt si elle ne s'opère que suivant un seul mode. Certains pathologistes admettent que le germe contagieux transporté par les matiéres fécales va infecter directement d'autres organismes sains dans lesquels il pénètre avec l'eau des boissons. D'autres croient qu'il est nécessaire que le germe séjourne un certain temps dans une accumulation de matières organiques en décomposition pour y développer un foyer d'infection. D'autres pensent que le germe est toujours porté directement dans les voies digestives sous forme de matières fécales de typhoïsant fraîches ou desséchées qui s'attachent aux doigts ou aux aliments. Il se pourrait enfin que même le transport de l'agent contagieux pût s'opérer par l'air, si l'observation que vient de publier M. Debove était confirmée par d'autres semblables.

Un député arrive à Paris avec six enfants de 12 à 14 ans dans le courant de novembre. Le premier d'entre eux présente le 20 du même mois les signes d'une dothiénentérie. Un deuxième accuse les prodromes, le 25 ; il est en pleine fièvre, le 28, et succombe plus tard à des accidents de septicémie par suite d'eschares étendues. Puis les autres enfants sont frappés tour à tour, les dates d'invasion de leurs fièvres typhoïdes s'échelonnant sur un intervalle de deux mois.

Or, la maison est neuve, il n'y avait jamais eu un seul cas de fièvre typhoïde, il n'y existe aucun foyer d'infection, les latrines sont parfaitement aménagées et les vidanges vont directement à l'égout. Les habitants boivent, filtrée, de l'eau des conduites de la ville. Dès le début de la maladie du premier enfant, les précautions les plus minutieuses ont été prises pour la désinfection des matières, des vases, des linges et des objets de literie. On avait isolé relativement les autres enfants, c'est-à-dire qu'on les avait relégués à l'étage supérieur sauf aux heures des repas, qu'ils venaient prendre dans l'appartement; cependant ils se sont tous contaminés. Il est vrai que tous se trouvaient soumis à la même condition prédisposante, l'acclimatement non encore effectué.

Il n'en demeure pas moins établi que dans ce cas la contagion de la fièvre typhoïde paraît s'être ef-

fectuée à la façon des fièvres éruptives, de la scarlatine, par exemple. A propos de cette observation, une discussion assez longue s'est élevée à la Société des Hôpitaux sur la contagion de la fièvre typhoïde. *M. Joffroy* la considère comme très rare. Les médecins militaires, tels que *M. Kelsch* et *M. Richard*, la croient assez commune.

M. Richard a visité le grand hôpital de Munich, où les typhoïsants sont traités dans un bâtiment spécial, dont l'hygiène ne laisse rien à désirer; or, le médecin en chef lui a dit que tous les infirmiers y contractaient successivement la fièvre typhoïde et que lui-même n'y avait pas échappé.

M. Kelsch rappelle, d'après le mémoire de Piedvache, que, si dans un village un individu arrive atteint de la fièvre typhoïde, on voit ses parents, ses voisins venir successivement la contracter à son contact. Ils sont si promptement frappés qu'on ne peut admettre la formation d'un foyer d'infection par l'infiltration des matières fécales du typhoïsant dans le sol, il faudrait beaucoup plus de temps.

M. Richard ajoute que l'expression de foyer d'infection, foyer typhogène, ne doit pas être nécessairement prise dans cette acception. Lorsque des matières fécales de typhoïsants ont souillé des couvertures ou un parquet, que, desséchées et réduites en poussière impalpable, elles vont pénétrer par la respiration ou plutôt par la déglutition chez des individus sains qu'elles infectent, on peut bien dire que ces couvertures ou ces parquets contaminés sont des foyers d'infection, aussi bien que le sol dans lequel se sont infiltrées d'autres matières fécales et où la nappe d'eau souterraine viendrait les submerger et les abandonner tour à tour, suivant la théorie ingénieuse, mais hypothétique de Pettenkoffer.

La discussion s'est trouvée résumée en quelque sorte dans les propositions suivantes. Toutes les questions relatives à la contagion sont encore pleines d'obscurité et doivent être étudiées à nouveau à la lumière des connaissances microbiologiques. Les modes de contagion connus peuvent se rapporter à trois ordres de faits. Dans certaines maladies, elle s'opère par contact ou par inoculation (syphilis); dans d'autres par contage, par pénétration directe dans l'organisme sain d'un produit émané de l'organisme malade (fièvres éruptives), — encore y a-t-il des différences entre les diverses fièvres éruptives, la rougeole étant surtout contagieuse à la période d'invasion, de catarrhe oculo-nasal, la scarlatine l'étant surtout à la période de desquamation. Enfin, il y aurait une classe de maladies contagieuses où l'agent issu de l'organisme malade devrait subir une évolution intermédiaire dans un milieu particulier avant d'aller infecter les organismes sains, (choléra, fièvre jaune, dysenterie épidémique).

ACADÉMIE DE MÉDECINE (16 mars).

L'Académie a voté une somme de 10,000 francs pour l'Institut Pasteur.

M. le docteur *Jenot* (de Dercy) a fait lire par M. Charpentier un mémoire dans lequel il relate 3 observations de **grossesse triple.**

La première femme, âgée de 22 ans, est accouchée en 1862 de 3 enfants vivants; l'un a vécu deux ans, le second six ans, le troisième vit encore. Quatre ans après, elle accouchait encore de deux enfants et mourait en couches.

La deuxième femme expulse à 6 ou 7 mois 3 enfants presque simultanément, mais 8 heures 1/2 après le premier.

Dans la troisième observation, au septième mois d'une grossesse qui à 3 ou 4 mois avait eu l'apparence d'une grossesse de 7 mois, tant les dimensions de l'abdomen étaient inusitées, trois enfants sont expulsés, les deux derniers dix minutes après le premier. Tous trois sont morts. La mère a vécu.

M. Jenot, qui a été exceptionnellement favorisé par la rencontre de 3 cas aussi exceptionnels, conclut que les grossesses triples sont moins rares qu'on ne le pense jusqu'ici; les statistiques n'ont indiqué la grossesse trigémellaire qu'une fois sur 6 ou 10000 grossesses. M. Jenot est tombé sur une série heureuse. Il est fâcheux pour le pays où la natalité diminue, disait-on l'année dernière, que les faits rapportés par M. Jenot ne soient pas plus fréquents, et que d'ailleurs ces enfants nés à trois ne vivent généralement pas.

La discussion sur **les ptomaïnes et les microbes** continue. Les mêmes orateurs reparaissent, affirmant leurs opinions de plus en plus, ce qui prouve une fois de plus que de pareilles discussions ne peuvent convaincre personne.

M. Le Fort ne nie pas les germes spécifiques pathogènes, il se refuse seulement à admettre qu'ils viennent du dehors et que l'air soit leur moyen de transport, comme il est celui du pollen des fleurs, dont les grains sont beaucoup plus pesants que les microbes, avait dit M. Guéniot précédemment. M. Le Fort rappelle que Rose, chirurgien suisse, perdit moins d'amputés de cuisse de 1867 à 1871 en laissant leurs moignons au contact de l'air que n'en avait perdu Billroth dans le même service de 1860 à 1867. On peut facilement rétorquer à M. Le Fort qu'à cette date, Billroth ne faisait pas de pansement antiseptique. Mais l'orateur ajoute que lui-même a laissé deux fois à l'air libre des amputés de cuisse, qui pourtant ont guéri. Deux fois, ce n'est pas bien démonstratif, et il est permis de penser que ces deux pauvres diables l'ont échappé belle.

M. Le Fort revient sur l'histoire de cette femme atteinte d'une vieille fistule de la cuisse qui est morte d'infection puerpérale et est devenue le point de départ de l'infection de plusieurs femmes dans la même localité. M. Le Fort n'accepte pas la théorie du microbisme latent de M. Verneuil, et en tous cas trouve singulier que tous les microbes de la localité fussent cantonnés dans la fistule de cette femme depuis les dix-huit mois que sa fistule suppurait et qu'ils ne soient devenus nocifs pour les autres femmes en couches qu'à partir du décès de la première. Il a peine aussi à comprendre la transformation par suite de laquelle les microbes qui entretenaient la suppuration

fistuleuse, microbes pyogènes, se sont tout à coup transformés en microbes de la fièvre puerpérale.

Si ses adversaires croient de telles transformations possibles, pourquoi se refuseraient-ils à admettre que certains éléments d'un organisme déjà malade puissent se transformer en véritables poisons transmissibles?

L'orateur explique alors l'idée qu'il se fait de la génération spontanée; il n'admet pas, bien entendu, que l'on puisse créer dans un ballon des proto-organismes, et l'infécondité des infusions dans lesquelles on empêche l'accès de l'air, lui paraît assez démontrée par les expériences de Pasteur. « Mais, si rien ne se crée, ne peut-on dire que tout se transforme et qui peut nier que la vie ne fasse chaque jour de ces transformations interdites à nos laboratoires ? » M. Lefort cite, comme exemple, le cas d'une petite papule de la face ou d'une gerçure de la lèvre, qui, quotidiennement irritées, peuvent se transformer en épithéliomas, celui d'une excoriation de la langue par un chicot dentaire à laquelle peut succéder un cancer. Ces faits, ne sont d'ailleurs rien moins que prouvés et, en tous cas, ne vont pas à l'encontre des découvertes positives de la microbiologie, concernant la virulence persistante des microbes cultivés en séries indéfinies, c'est-à-dire conservant toujours leur individualité propre et leur spécificité pathogène.

M. Le Fort termine son discours par une protestation contre le dédain avec lequel les expérimentateurs prétendent traiter les opinions des cliniciens ; il faut croire, dit-il, que l'empirisme a du bon, puisque c'est en quelque sorte empiriquement et par des tâtonnements successifs que Pasteur est arrivé à la prophylaxie de la rage. « N'est-il pas étrange que dans cette magnifique découverte que tous regardent comme un immense service rendu à l'humanité, ce qui manque jusqu'à présent, c'est précisément la connaissance du microbe spécial ? »

M. Villemin est ensuite monté à la tribune pour apporter un argument de grande valeur contre l'opinion de ceux qui, comme M. Peter, veulent assimiler à un empoisonnement la cause première des maladies infectieuses. L'action d'un poison sur l'organisme est immédiate. Au contraire, dans les maladies infectieuses, il existe toujours une *période d'incubation*, d'une durée très variable, mais constante, pendant laquelle, malgré la présence des agents infectieux dans leur organisme, les individus infectés n'éprouvent encore aucun symptôme morbide.

Les causes prédisposantes, le froid, par exemple, ont, dans l'étiologie des maladies infectieuses, un rôle certain, puisque seules elles créent le terrain propre au développement des microbes; mais, néanmoins, elles ne peuvent rien par elles-mêmes et la maladie n'éclaterait pas sans l'intervention du microbe déterminateur.

La séance a été terminée par une communication de M. A. Ollivier. Pour prévenir la transmission de la scarlatine, il réclame la création de salles ou de pavillons spéciaux, dont le service devra être fait par des infirmiers spéciaux, et dont l'entrée devra être interdite aux visiteurs jeunes plus exposés par leur âge à être contagionnés.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

Traitement des kystes hydatiques et des abcès du foie (1).

Nous avons suivi l'année dernière, avec intérêt, l'évolution progressive qui s'est faite dans le traitement des kystes hydatiques du foie (2). M. le docteur Terrier avait exposé, au mois de mai dernier, les avantages de la laparotomie suivie de l'extirpation de la plus grande portion possible de la poche kystique dans le traitement des kystes plus ou moins pédiculés de la face inférieure du foie. La malade qu'il avait opérée d'un kyste très volumineux avait mis quatre mois et demi à guérir d'une fistule, suite nécessaire de l'opération. Depuis, il a traité de la même façon une femme portant un très grand kyste, allant de la face inférieure du foie au bassin. Par une incision préliminaire de laparotomie médiane, il arriva à la surface de la tumeur qui était totalement adhérente ; après avoir dissocié laborieusement ces adhérences, il réséqua la plus grande partie de la poche et fixa le reste à la paroi abdominale dans la partie supérieure de la plaie. Comme dans plusieurs autres cas déjà connus, il se fit, pendant les cinq jours qui suivirent l'opération, un écoulement assez abondant de bile très fétide. Néanmoins la guérison marcha très régulièrement. La température ne monta jamais au delà de 39°3. Quant à la cavité restante, correspondant à la face inférieure du foie, elle se combla assez rapidement, et au cinquième jour on pouvait supprimer un des tubes à drainage qu'elle contenait. Au 56e jour après l'opération, le trajet fistuleux était absolument guéri. Le résultat est donc très satisfaisant; on n'aurait pu évacuer par une ponction et un gros trocart les 73 hydatides que contenait la poche.

Le docteur Poulet (du Val-de-Grâce) présente encore un militaire qu'il a guéri par le même procédé d'un kyste hydatique assez volumineux occupant l'hypochondre droit et la région épigastrique. Ayant pratiqué parallèlement aux fausses côtes du côté droit une incision de 10 centimètres passant sur le point le plus saillant de la tumeur, il trouva un kyste sans adhérences ; après l'avoir ponctionné, il fixa la poche aux angles de la plaie, puis l'ouvrit pour évacuer son contenu; après quoi, il en réséqua la plus grande partie, puis sutura le reste à la plaie abdominale. La guérison était complète 50 jours après.

M. Richelot, après Volkmann, a proposé de traiter aussi les kystes de la face convexe du foie par l'incision et la fixation de la cavité à la plaie extérieure. M. Terrier ne se prononce pas encore sur la valeur de l'intervention dans les cas de ce genre. Elle a d'ailleurs été déjà pratiquée par d'autres avec succès. Pour M. le docteur Polaillon, la laparotomie est indiquée certainement dans le traitement des grands

(1) Voir *Concours Médical*, 1886, p. 389 et 60 .
(2) *Société de Chirurgie*, 10 et 17 février 188

kystes hydatiques du foie. Dans un cas de ce genre qui occupait tout le flanc droit jusqu'au bassin, il fit la ponction avec le gros trocart et le drainage, mais il était très difficile de faire un lavage très complet de la poche, elle suppura et le malade mourut. Mais, considérant les dangers de la laparotomie, il pense que, pour les kystes de moyen volume, dont l'évacuation est assez facile par le trocart, les chances de guérison sont beaucoup plus grandes et on ne doit point recourir à l'incision abdominale.

M. le professeur Verneuil résume les indications de la façon suivante. Suivant les cas, ces tumeurs sont justiciables de tous les procédés opératoires. Dans les kystes particulièrement volumineux occupant toute la moitié droite de l'abdomen et dépassant même la ligne médiane, la *laparotomie* est indiquée ; elle permet d'extirper la plus grande partie de la poche et de faire une opération analogue aux ovariotomies incomplètes.

Quand le kyste a suppuré et qu'il est adhérent avec la paroi abdominale, ce que l'on peut prévoir par les symptômes de l'inflammation de la poche, le mieux sera de l'ouvrir largement, et dans ce cas, l'opération sera tout à fait comparable à l'ouverture d'un abcès. Si cependant les adhérences étaient peu solides, il serait prudent de les consolider avec quelques points de suture.

Quant aux kystes de moyen volume, M. Verneuil pense qu'on peut les traiter avec avantage par le procédé du gros trocart et le drainage. Il a déjà eu, par ce moyen, des succès nombreux et durables et il rappelle que, s'il l'a adopté, ce fut d'abord pour combattre l'ancienne méthode de Récamier qui donnait si souvent lieu à des accidents graves.

Comme on le voit, le traitement vraiment chirurgical des kystes hydatiques du foie, qui l'année dernière avait soulevé tant d'objections à la Société de chirurgie, est maintenant devenu monnaie courante.

Les abcès du foie sont absolument justiciables des mêmes méthodes, principalement de l'ouverture directe. Nous ne voulons point parler des abcès multiples dus à l'infection purulente, mais des collections purulentes ordinairement volumineuses qui succèdent à la dysenterie ou à l'hépatite des pays chauds et que nous n'observons dans nos climats que sur des sujets qui ont séjourné au Sénégal, dans l'Indo-Chine et quelques autres pays.

M. le docteur Bouilly a traité avec succès par l'incision quatre collections purulentes de ce genre. Chez un premier malade, il avait d'abord fait l'évacuation au trocart, mais le pus se vidait mal et le malade devenait septicémique. L'ouverture large de la poche purulente mit fin aux accidents.

Quand les abcès sont recouverts d'une certaine épaisseur de parenchyme hépatique, il ne faut pas craindre de la diviser, de même que dans les kystes hydatiques intra-parenchymateux. Quand il n'y a pas d'adhérences de la surface du foie abcédé à la paroi abdominale, il faut fixer cette surface à la paroi par quelques points de suture, puis ouvrir largement. M. Bouilly évacua de cette façon un vaste abcès contenant trois à quatre litres de pus très fétide. On peut donc et même on doit vider d'emblée ces collections purulentes du foie, qu'il y ait ou non des adhérences préalables. Naturellement, il faut toujours agir antiseptiquement: la solution de chlorure de zinc à 5 o/o paraît la meilleure pour laver l'intérieur de ces poches hépatiques.

Diagnostic et traitement des tumeurs malignes de l'amygdale (1).

Notre confrère le Dr Castex, prosecteur de la Faculté, vient d'exposer, d'une façon intéressante et pratique, les caractères des tumeurs du fond de la bouche qui sont bien souvent méconnues des praticiens dans leurs premières périodes, et partant négligées au point de vue du traitement qui n'est point entrepris d'une façon assez précoce. Ces tumeurs sont le plus souvent de nature épithéliomateuse et elles ont l'amygdale pour point de départ. Plusieurs fois aussi on a observé des sarcomes et aussi des lymphadénomes. On les rencontre surtout dans l'âge mûr, et on n'est nullement renseigné sur les causes spéciales qui peuvent amener leur développement. Ni l'hérédité, ni l'abus du tabac ne sauraient être incriminés.

L'histoire clinique de ces lésions présente des détails très importants.

Tantôt elles débutent par de la douleur dans la gorge, au moment où l'on avale ; douleur fixe, cuisante, ou sourde et passagère.

D'autres fois, et cela fréquemment, le premier signe est une douleur vive, lancinante dans l'oreille ; douleur continue pouvant quelquefois réveiller le malade.

Enfin il n'est pas rare que le premier phénomène qui frappe l'attention soit un gonflement ganglionnaire siégeant au niveau de l'angle de la mâchoire. Il y a donc trois modes de début clinique : *pharyngien, auriculaire, ganglionnaire.*

Les tumeurs de l'amygdale s'accompagnent de signes fonctionnels et objectifs assez nombreux. Parmi les fonctionnels, un des plus fréquents et des plus pénibles est *l'otalgie*. Ces douleurs d'oreille continues, assez violentes, parfois insupportables, se rencontrent aussi, comme on le sait, dans le cancer de la langue. La salivation très abondante, *sialorrhée*, est encore un symptôme des plus pénibles ; parfois elle est continue, à tel point que le malade est obligé de rejeter constamment une salive filante, cause d'épuisement très notable. Le malade accuse une *dysphagie*, qui est variable d'ailleurs avec le volume de la tumeur ; quelquefois, le fonctionnement du voile du palais étant gêné, les aliments liquides peuvent refluer par les fosses nasales. Cette dysphagie s'accroît avec le volume des tumeurs. Mais non seulement la déglutition est difficile, elle est encore douloureuse : le passage du bol alimentaire provoque une érosion locale, augmente la douleur auriculaire. Cette douleur à la déglutition est si caractéristique que le Dr Castex propose de la caractériser par le mot de *odynophagie*.

Les symptômes objectifs se constatent par l'examen visuel, et par le toucher pharyngien. Au simple examen on observe au début une différence de volume entre les deux amygdales.

Cette pseudo-hypertrophie unilatérale doit même toujours inspirer quelque défiance quand on la constate sur un sujet âgé. Les tumeurs sont bosselées, plus ou moins grosses, mais bientôt elles gaguent plutôt en superficie qu'en profondeur; leur surface est recouverte d'un enduit grisâtre et pulpeux qui se détruit à chaque repas. D'autre fois, la tumeur a l'aspect d'un champignon écrasé, aplati, à surface irrégulière.

On doit toujours rechercher avec le doigt les limites de la tumeur; en appliquant en même temps une main sur l'extérieur de la région, derrière l'angle de la mâchoire, on se rend bien compte des connexions de la tumeur avec les parties voisines. Le toucher pharyngien est d'ailleurs rendu plus facile par l'anesthésie concomitante et constante du pharynx. Les tumeurs malignes des amygdales s'étendent le plus souvent vers le pilier antérieur du voile du palais ; d'autres fois, elles remontent jusqu'à la voûte du pharynx, peuvent même attaquer les os, devenir térébrantes et perforer la base du crâne. Abandonnés à eux-mêmes, les malades succombent soit à des hémorrhagies provoquées par l'ulcération des vaisseaux, soit au dépérissement général causé par l'absorption de produits septiques, la sialorrhée, l'épuisement produit par les douleurs d'oreille.

Le diagnostic des tumeurs malignes de l'amygdale est assez facile, sauf quelquefois dans les premières périodes, où on peut les confondre avec le *chancre* de l'amygdale. Les lésions *tuberculeuses*, blafardes, irrégulièrement déchiquetées, sont plus faciles à distinguer.

Voici, en terminant, quelles sont les indications de l'intervention chirurgicale : 1° Quand la tumeur est circonscrite, sans adénopathie, il est indiqué de l'extirper le plus tôt possible. Nous n'étudierons point ici les voies naturelles ou artificielles par lesquelles l'extirpation pourra être pratiquée. Mais, d'une façon générale, on peut dire que, si l'opération est précoce et complète, elle procure une survie très notable.

2° Quand la tumeur est étendue, quand elle s'accompagne d'adénopathies secondaires, si elle est circonscrite et encore mobile, on peut opérer, car encore ici l'intervention est plutôt utile que nuisible.

3° Mais, quand l'envahissement est plus vaste, l'intervention n'est licite que s'il existe des indications particulières ; telles sont les douleurs intolérables, les intentions de suicide. Dans ces cas, l'opération est purement palliative.

Dr Barette.

CORRESPONDANCE

Marseille, le 9 mars 1886.

A Monsieur le docteur A. Cézilly, directeur du *Concours Médical*.

Monsieur et très honoré confrère,

Au nom de la Commission administrative de la Société locale des Bouches-du-Rhône, j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien insérer dans le prochain numéro de votre impartial et estimable journal la réponse rectificative qui suit :

Monsieur le Directeur,

Dans sa lettre publiée par le *Concours Médical*, le samedi 27 février 1886, M. le docteur Albenois vous a induit en erreur et a complètement dénaturé les faits. La Société locale des Bouches-du-Rhône a accompli son devoir en se conformant de la manière la plus absolue à ses statuts généraux et organiques.

Veuillez agréer, Mousieur le Directeur, l'assurauce de ma considératiou la plus distinguée.

Pour la Commission administrative et par délégation,

Le Secrétaire,

Dr J. Fioupe.

Marseille, le 12 mars 1886.

Monsieur le Directeur,

Je maintiens *dans toute sa teneur* la lettre que vous avez bien voulu publier relativement à l'inqualifiable conduite du bureau de l'Associatiou locale des Bouches-du-Rhôue vis-à-vis de moi.

J'ai d'ailleurs, il y a environ un mois, adressé à M. Heuri Roger, président de l'Association générale des Médecius de France, une *protestation* dans laquelle les faits que je vous ai signalés sont textuellement reproduits avec une *demande d'enquête*. Jusqu'ici, je n'ai pas encore obteuu de réponse.

D'autre part, un nombre relativement considérable de collègues, indignés d'une pareille conduite du bureau de l'Associatiou, sont venus me voir et se disposent daus la prochaine Assemblée générale du 18 mars, à réclamer ma réintégration dans la Société, se proposant de démissionner en masse si satisfaction ne leur est pas donnée.

Veuillez agréer, monsieur le Directeur, avec mes remerciements pour l'hospitalité que vous avez bieu voulu accorder à ma lettre, l'assurance de mes sentiments dévoués.

Dr Albenois.

Exclusion des membres de l'Association générale.

Le cas de M. le Dr Albenois, qui proteste contre son exclusion de l'Association locale des Bouches-du-Rhône, appelle l'attention des membres de l'Association sur les garanties qu'ils doivent trouver contre une mesure aussi grave dont un sociétaire peut être l'objet.

Les statuts de l'Association générale portent : Titre III, section première, article 41 des statuts : *Les Sociétés locales déterminent, dans leur règlement intérieur, les conditions et les formes d'admission et d'exclusion.*

Ces formes sont donc variables et elles peuvent être insuffisamment étudiées et trop sommaires.

Il doit y avoir un recours contre une exclusion. Nous cherchons dans les statuts et nous croyons rencontrer ce *recours* dans la section 4me du même titre; article 50. « *La commission administrative de*

(1) Castex, *in* Revue de Chirurgie, 1886, p. 1 et 2.

chaque société locale en premier ressort et le conseil judiciaire de l'Association générale, D'UNE MANIÈRE SOUVERAINE, sont constitués juges de toutes les contestations relatives à l'interprétation et à l'exécution des statuts et règlements.

En conséquence, M. le docteur Albenois a dû réclamer contre son exclusion d'abord auprès de la commission administrative de sa société locale et ensuite auprès du conseil judiciaire de l'Association à Paris. C'est ce qu'il a fait d'ailleurs, comme il le dit dans sa lettre, en adressant une protestation au Président général qui en aura saisi le Conseil judiciaire.

La question soulevée est assez grave pour que nous nous fassions un devoir d'entretenir nos lecteurs de l'issue du conflit.

A. C.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES ET PHARMACEUTIQUES

I. Préparations d'uréthane.

(*Nouveau médicament hypnotique*).

I. POTION D'URÉTHANE.

Première formule (H. Huchard) :

Eau distillée de tilleul.	40 grammes;	
Sirop de fleurs d'oranger.. . . .	20	—
Carbamate d'éthyle.	3 à 4	—

Deuxième formule (M. Vigier) :

Sirop de menthe ou d'éther. . . .	30	—
Eau.	120	—
Uréthane.	4	—

II. SOLUTION D'URÉTHANE.

Eau distillée.	100 grammes ;	
Carbamate d'éthyle.	20	—

Une cuillerée à café contient 1 gramme de carbamate d'éthyle ; une cuillerée à soupe en contient 4 grammes.

Dose : trois à quatre cuillerées à café dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Les deux projets de loi relatifs à la révision de la législation concernant la médecine et la pharmacie devant venir bientôt en discussion devant le Parlement, nous croyons utile de les soumettre de nouveau à nos lecteurs. Nous commencerons par publier aujourd'hui le projet relatif à la médecine, proposition Chevandier, tel qu'il a été présenté à la nouvelle législature ; il ne diffère que sur un petit nombre de points de celui que M. Chevandier avait proposé à la précédente Chambre et que le *Concours* a déjà publié.

Quant au projet sur la révision de la législation pharmaceutique, que nous publierons ensuite, il est soumis à l'examen d'une commission dont plusieurs membres sont médecins ; aussi avons-nous tout lieu d'espérer qu'il sortira des mains de cette commission une rédaction de nature à satisfaire les vœux du corps médical.

Proposition de loi sur l'exercice de la médecine.

Présentée par MM. Chevandier, Bourneville, Bizarelli, Devade, Frébault, Lyonnais, Chavanne, Michou, Richard (Drôme), Bernard Lavergne, Vacher, députés.

TITRE Ier.

Art. 1er. — Nul ne peut exercer la médecine en France ni aux colonies, s'il n'est pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, délivré par une Faculté de l'Etat, et si, du jour de son élection de domicile, dans le délai d'un mois, il n'a fait enregistrer son titre à la sous-préfecture et au greffe du tribunal civil de son arrondissement.

Art. 2. — Les officiers de santé, reçus conformément au titre 3 de la loi du 19 ventôse an XI ou aux arrêtés et décrets subséquents, auront désormais le droit d'exercer leur profession sur tout le territoire de la République, sans être astreints ni à une autorisation ministérielle ni à l'obtention d'un nouveau diplôme.

Ils restent soumis à l'obligation de se faire assister par un docteur, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales.

Art. 3. — Les officiers de santé pourront, s'ils comptent cinq années d'exercice, se présenter devant une Faculté de l'Etat pour obtenir le titre de docteur en médecine, après avoir subi avec succès deux examens, présenté et soutenu une thèse.

Art. 4. — Nul ne peut exercer l'art dentaire, prendre le titre de médecin ou chirurgien-dentiste, de dentiste, s'il n'en a acquis le droit soit *en vertu des articles* 1 et 2 de la présente loi, soit en vertu d'un diplôme spécial enregistré conformément à l'article premier.

Cette prescription ne sera applicable que du jour où un cours d'art dentaire existera depuis deux ans, dans toutes les Facultés de médecine de l'État, Écoles de plein exercice, Écoles secondaires mixtes de médecine et de pharmacie; et du jour où, dans chacune d'elles, aura été institué un jury d'examen autorisé à délivrer un diplôme de médecin-dentiste.

Les dentistes français ou étrangers exerçant actuellement leur art en France, ceux qui voudront l'exercer à l'avenir devront, dans le délai de trois mois, à partir du jour de la promulgation de la présente loi, faire la déclaration de leur profession de dentiste à la sous-préfecture et au greffe du tribunal de première instance de l'arrondissement de leur domicile et, à Paris, à la préfecture de la Seine, pour conserver le libre exercice de leur profession.

Les accoucheuses, munies d'un diplôme de première ou de deuxième classe, continueront à exercer la pratique des accouchements dans les conditions actuelles.

Art. 5. — Le Français et l'étranger, reçus docteurs en médecins à l'étranger, ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger; après avoir obtenu la dispense de scolarité ; après avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques ; présenté et soutenu une thèse ; produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs.

La dispense de scolarité ne leur est accordée par le Ministre compétent que sur la déclaration du Comité consultatif de l'Instruction publique de l'équivalence admise par lui des diplômes ou certificats produits par les candidats avec les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint français.

Ils payeront les frais des deux examens et la soutenance de la thèse.

Art. 6. — Pourront toutefois être autorisés, exceptionnellement, à exercer la médecine sur le territoire de la République, sans être tenus de subir des examens devant une Faculté de l'État.

1° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui auraient rendu de grands services à la science.

Cette autorisation ne pourra être accordée par le Ministre compétent, qu'après avis conforme de la Faculté de médecine de Paris et du Comité consultatif de l'instruction publique;

A l'égard des étrangers cette autorisation sera toujours révocable.

2° Les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises;

L'autorisation limitera l'exercice de la médecine à la station même; elle sera toujours révocable.

3° Les médecins étrangers ou Français fixés à l'étranger dont la résidence ne sera pas à plus de vingt kilomètres de la frontière française, à la seule condition que les médecins, résidant en France, jouiront du même droit sur le territoire étranger dans les mêmes conditions.

4° Sont également autorisés à exercer la médecine, durant une épidémie ou en cas de remplacement, les internes des hôpitaux nommés au concours, ayant douze inscriptions, et les étudiants en médecine munis de seize inscriptions.

Cette autorisation ne pourra dépasser trois mois.

Art. 7. L'étranger reçu docteur devant une Faculté de l'État exerce librement sur le territoire de la France et des colonies.

Art. 8. Tout étranger ne peut être admis à prendre des inscriptions dans une faculté de médecine de l'État ou dans une Faculté libre que sur l'autorisation du Ministre de l'Instruction publique. Cette autorisation n'est accordée qu'autant que le Comité consultatif de l'Instruction publique a déclaré l'équivalence des diplômes ou certificats produits, avec le diplôme de bachelier ès lettres, pour la prise de la première inscription, avec celui de bachelier ès sciences restreint pour la prise de la cinquième.

Le candidat qui se présentera comme ayant déjà commencé ses études médicales à l'étranger, en outre des diplômes et certificats ci-dessus mentionnés, dont l'équivalence aura été reconnue, devra, pour être autorisé à prendre cumulativement un nombre d'inscriptions représentant une partie des études médicales faites à l'étranger, obtenir du Comité consultatif de l'Instruction publique la déclaration d'équivalence de scolarité effectuée, avec le nombre d'inscriptions à lui accorder. Il sera tenu de subir les examens correspondants à ce nombre avant d'être admis à prendre des inscriptions nouvelles.

Art. 9. Tout médecin, lorsqu'il en est requis, doit le concours de son art à l'autorité administrative ou judiciaire en cas d'urgence ou de flagrant délit.

Dans toutes autres circonstances, il est libre de prêter ou de refuser le concours qui lui est demandé.

Ce devoir est commun à quiconque exerce une des branches de la médecine.

Le médecin qui a promis son concours, en vertu des dispositions qui précèdent, agit en qualité d'expert et a droit à la rémunération afférente à cette qualité.

A cet effet les tarifs de 1811 seront révisés dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi,

Art. 10. L'action des médecins et de quiconque exerce une des branches de la médecine, pour leurs visites, consultations, opérations et médicaments, quand la loi autorise à en délivrer, se prescrit par cinq ans.

Titre II.

Conditions d'études.

Art. 11. — La durée totale des études pour le doctorat en médecine est de quatre années, non compris le temps des épreuves à subir après la seizième inscription.

Art. 12. — Nul n'est admis à prendre la première inscription dans une Faculté, dans une École de plein exercice, dans une École secondaire ou dans une Faculté libre, s'il n'est muni du diplôme de bachelier ès lettres.

Pour y prendre la cinquième inscription, l'étudiant devra présenter son diplôme de bachelier ès sciences restreint.

Art. 13. — Les élèves qui, au moment de la promulgation de la présente loi, auront pris leur première inscription pour l'officiat de santé, dans une Faculté ou une École de l'État, ou dans une Faculté libre, seront autorisés à continuer leurs études dans les conditions actuelles et à prendre le diplôme d'officier de santé.

Ils seront admis à passer tous les examens pour le doctorat, correspondant au nombre de leurs inscriptions, si, dans le délai de trois mois, à partir de la promulgation de la présente loi, ils ont déclaré au secrétariat de la Faculté et de l'École de médecine à laquelle ils appartiennent leur résolution de poursuivre leurs études en vue du doctorat. Les diplômes de bachelier ès lettres et ès sciences restreint ne seront exigibles qu'au moment de soutenir la thèse.

Art. 14. — Les élèves visés dans l'article précédent, qui auraient passé les cinq examens pour le doctorat, recevraient, sur leur demande, un diplôme d'officier de santé, portant mention des conditions dans lesquelles il leur a été délivré et donnant droit à l'exercice de la médecine sur tout le territoire de la République.

Le titre de docteur leur serait acquis de droit, sans qu'ils eussent à produire de diplômes ni à subir aucun examen, si, après quatre ans d'exercice de la médecine, ils présentaient et soutenaient avec succès une thèse.

Titre III.

Exercice illégal. — Pénalités. — Incapacités.

Art. 15. — Exerce illégalement la médecine :

1° Toute personne qui, sans être munie d'un diplôme de docteur en médecine, d'officier de santé ou d'une autorisation spéciale, d'une commission ou d'un brevet spécial, ou qui, sans avoir fait enregistrer son titre, a l'habitude de conseiller un mode de traitement, l'usage d'un médicament ou d'une substance quelconque qu'elle représente comme capable de guérir, ou de se livrer à des manœuvres ou opérations ayant le même but;

2° Toute personne qui, munie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées ci-dessus, à l'effet de les soustraire aux prescriptions de la présente loi.

Art. 16. — Le délit d'exercice illégal de la médecine ou de l'une de ses branches sera dénoncé aux tribunaux de police correctionnelle à la diligence des procureurs de la République.

Les médecins intéressés peuvent se porter partie civile.

Art. 17. — Le délit d'exercice illégal par défaut d'enregistrement du titre sera puni d'une amende de 25 à 50 francs, et d'une amende double en cas de récidive.

L'exercice illégal, sans usurpation de titre, sera passible d'une amende de 100 à 500 francs. La récidive sera punie d'une amende de 500 à 1 000 francs et d'un emprisonnement de quinze jours à six mois.

Art. 18. — Seront punis :

1° D'une amende de 500 à 1000 francs ceux qui, à l'exercice illégal, auront ajouté l'usurpation du titre d'accoucheur ou de dentiste;

2° D'une amende de 1 000 à 2 000 francs l'usurpation du titre d'officier de santé ;

3° D'une amende de 1 500 à 3 000 francs celle du titre de docteur.

L'amende sera réduite de moitié si l'usurpation est le fait d'un officier de santé ; d'un tiers, si elle est le fait d'une personne exerçant soit la pratique des accouchements, soit l'art dentaire ;

La récidive, quelle qu'elle soit, entraînera pour tous les cas une amende double.

Elle sera punie en outre :

Pour le premier cas, d'un emprisonnement de six jours à un mois ;

Pour le deuxième, d'un emprisonnement d'un mois à six mois ;

Pour le troisième, d'un emprisonnement de trois mois à un an.

L'amende et l'emprisonnement seront réduits :

De moitié, si la récidive est le fait d'un officier de santé ;

D'un tiers, si elle est le fait d'une personne munie d'un diplôme d'accoucheur ou de dentiste.

II

Responsabilité professionnelle

A la Société de médecine légale, M. Pinard vient de lire un rapport sur une question de responsabilité professionnelle soulevée à l'occasion de l'emploi de certaines manœuvres pour terminer un accouchement.

Une femme, jeune, bien conformée, ayant accouché une fois déjà naturellement, fut assistée à son second accouchement par un officier de santé qui ne put reconnaître la présentation qu'après une nuit passée auprès d'elle. Il s'agissait d'une présentation de l'épaule, un bras pendait dans le vagin.

Un second médecin, le docteur de M...., fut appelé pour assister le premier; il ne réussit qu'avec beaucoup de peine à saisir un des pieds de l'enfant qu'il amena au dehors, mais ne put s'emparer du second. Dans ces conditions, les tentatives manuelles faites pour extraire l'enfant étant restées sans résultat, le docteur de M..... appliqua au niveau du pli de l'aine d'abord le crochet mousse de la branche de son forceps, puis ensuite ce même crochet dépourvu de sa virole, c'est-à-dire pointu. La conséquence de cette manœuvre fut un arrachement du membre, mais le tronc de l'enfant ne bougea pas. C'est un accoucheur d'une ville voisine qui termina l'accouchement en complétant la version.

Les jours suivants, la malade s'aperçut qu'elle perdait ses urines par le vagin ; il existait, en effet, chez elle une déchirure notable de la cloison vésico-vaginale. Elle se crut alors autorisée à intenter un procès en dommages et intérêts au docteur de M....., qu'elle accuse être l'auteur de cet accident.

La question posée à la Société à ce sujet, est celle-ci :

Le fait de se servir d'un crochet pointu pour terminer une version, constitue-t-il une maladresse ou une imprudence, étant admis que l'usage de ce crochet a déterminé des lésions maternelles graves ?

Le docteur de M... est-il responsable de ces lésions ?

Les documents que nous avons reçus sur cette affaire, dit M. Pinard, démontrent surabondamment qu'au moment de l'intervention du docteur de M.... l'enfant était mort, que l'écoulement du liquide amniotique avait eu lieu et que l'utérus était fortement rétracté sur le corps de l'enfant. Dans ces conditions la version était impossible, que restait-il à faire ? l'embryotomie. Or, s'il est vrai que cette opération s'exécute de préférence avec des instruments spéciaux, il n'en est pas moins établi qu'on peut également la pratiquer avec des ciseaux, bistouris, etc.

A ce point de vue, l'emploi d'un crochet même pointu ne saurait être incriminé. Que, dans l'espèce, ce crochet ait été ou non la cause d'une déchirure de la paroi postérieure de la vessie, peu importe ; ne voit-on pas tous les jours des chirurgiens pratiquer des sections malheureuses de nerfs ou d'artères, ou perforer des intestins avec la pointe de leur bistouri ? Il n'y a là aucune matière à poursuite. Je crois donc que le fait de s'être servi d'un crochet pointu pour terminer un accouchement ne doit être considéré, ni comme une maladresse, ni comme une imprudence, et que le docteur de M.... doit être déclaré irresponsable. (Ces conclusions ont été adoptées par la Société).

Gazette médicale de Picardie.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur Dr BARAT-DULAURIER

L'*Union des Syndicats* informe les membres du Concours et des Syndicats, signataires de la pétition aux chambres pour la révision de la loi sur les Syndicats, que le dossier tout entier des pétitions a été remis entre les mains de M. le docteur Dupuy, de Vervins, député de l'Aisne. Notre confrère vient de déposer ces pétitions à l'appui de son amendement qui conférerait aux médecins le droit de bénéficier de la loi sur les *Syndicats*.

Action que les syndicats doivent exercer. (*suite*) (1)

Nous avons suffisamment insisté, dans les deux articles précédents, sur la nécessité qui s'impose à chacun de nous en particulier, et plus généralement aux sociétés médicales, d'intervenir près de nos représentants pour leur exposer nos besoins et leur démontrer l'urgence de réformes législatives qui nous intéressent. Le malaise est grand partout, et partout les mêmes réclamations se font entendre. Charlatanisme, exercice illégal ou immoral, insuffisance des honoraires alloués par les administrations et l'Etat, soit pour les services rendus, soit pour les corvées imposées : tous nos confrères sont d'ac-

(1) *Voir Concours Médical* 1886, n° 9.

cord pour reconnaître qu'il est temps d'en finir avec les abus ou les errements du passé.

Or, comment arriverons-nous au résultat qui est l'objet de tous nos vœux, sinon en faisant connaître les modifications que le temps a rendues nécessaires à ceux que la confiance de leurs concitoyens a chargés de faire des lois en rapport avec les besoins de notre époque ? De tous les côtés nous voyons les délégués des corporations diverses, les représentants d'intérêts particuliers se mettre en rapport avec les législateurs qu'ils cherchent à éclairer dans le but légitime d'obtenir des améliorations utiles à une législation que le progrès incessant des institutions peut avoir laissée bien en retard. Nous devons marcher dans la voie qui nous est indiquée et nous mettre résolument en campagne ; sinon, nous sommes d'avance condamnés à nous épuiser en de vaines et stériles récriminations.

Malheureusement, en France, nous ne savons pas assez compter sur nous-mêmes, et nous attendons beaucoup trop de l'initiative des pouvoirs publics. C'est pour cela que, depuis plus de trois quarts de siècle, les mêmes plaintes se font entendre dans le corps médical. Plus que les membres des autres professions, nous avons eu à souffrir de ce manque d'initiative individuelle contre lequel nous voudrions voir une réaction s'opérer.

Il est vrai que le médecin est absorbé par les soins que, chaque jour et à chaque heure, il doit prodiguer à une clientèle dont les exigences sont sans nombre. Ses instants sont tous employés, et il lui reste à peine quelques heures à consacrer à la famille ou aux affaires privées. Quant aux questions d'intérêt général, elles se trouvent forcément relégués au second plan, ou même entièrement abandonnées.

Et cependant que de *desiderata* à combler, que d'injustices à corriger !

Certains symptômes nous permettent d'espérer néanmoins que le corps médical est enfin décidé à sortir de sa torpeur légendaire. Il semble, en effet, que certaines sociétés locales dont le zèle a vraisemblablement été stimulé par la création des syndicats médicaux, aient retrouvé un peu de cette ardeur juvénile qui avait marqué les débuts de l'Association et qu'elles se soient mises résolument à la poursuite de l'œuvre de réparation et de rénovation que nous appelons de tous nos vœux.

Le moment est dès plus favorables et nous ne saurions trop engager nos confrères à user largement de toute l'influence qu'ils possèdent pour hâter la solution des questions aujourd'hui à l'étude.

Les vacances parlementaires qui approchent permettront à nos élus de se retrouver en présence de leurs électeurs. Le projet Chevandier, pris en considération par la Chambre, aura fait un pas de plus. D'un autre côté, l'article additionnel à la loi sur les syndicats, présenté par M. le docteur Dupuy, (de l'Aisne) sera appuyé et complété par le dépôt du projet de M. Lyonnais. Nous ne saurions trop engager les syndicats à déployer, en cette circonstance, toute leur activité afin de s'assurer, en les éclairant, l'appui de nos représentants.

La question des syndicats va également revenir devant l'Association, et les délégués des sociétés locales auront à se prononcer lors de la réunion du 2 mai. La plupart d'entre eux, nous ne voulons pas en douter, ne sauraient se montraient hostiles à une loi dont plus de 100 sociétés syndicales réclament les avantages pour leurs adhérents.

Personne ne saurait être contraint de faire partie d'un syndicat, mais on admettra bien qu'il appartient à chacun de juger s'il peut ou s'il doit y entrer. Et d'ailleurs les services considérables que les syndicats ont rendus au corps médical sont lameilleure preuve de l'utilité que nous pouvons encore en retirer. Comme, d'autre part, aucun syndicat n'a démérité ; comme partout ils ont relevé le niveau de la moralité professionnelle, nous nous sentons bien forts pour engager nos confrères syndiqués à insister auprès des délégués qui devront représenter les sociétés locales à Paris, à émettre un avis favorable à l'extension au corps médical, des dispositions de la loi du 21 mars 1884. Nous avons la persuasion que pas un d'entre eux ne voudra refuser, pour ses confrères, les bénéfices d'une législation qu'un si grand nombre d'entre eux ont longtemps sollicitée.

Comment pourrait-il en être autrement ? A peine la dénomination de syndicat a-t-elle été menacée par la jurisprudence établie que d'autres sociétés se formaient qui, sans en adopter le titre, empruntaient aux syndicats une réglementation indiquant un but et des tendances identiques ? Nous nous réservons d'y revenir prochainement, et nous y trouverons une nouvelle preuve de la nécessité partout reconnue de créer des sociétés de défense professionnelle.

A. BARAT-DULAURIER.

II

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

SÉANCE DU 1er JUILLET 1885

A trois heures, à la préfecture de Tours
Présidence de M. Thomas.

Adoption du procès-verbal de la dernière séance.

Adhésions nouvelles : Docteurs *Garrigue*, de Saint-Paterne, et *Bourgongnon*, de Tours, dont l'admission est prononcée.

M. Thomas rend compte ensuite des démarches faites par le bureau, pour vider une affaire pendante depuis longtemps entre deux de ses collègues, démarches qui ont pleinement réussi.

Il est ensuite donné lecture de la lettre de remerciement, adressée par le secrétaire du syndicat de Domfront aux membres du syndicat d'Indre-et-Loire, pour la sympathie que ceux-ci ont témoignée à leurs confrères de l'Orne, en venant à leur aide dans la campagne contre l'exercice illégal de la médecine.

La correspondance comprend encore deux lettres des docteurs Wolf, de Tours, et Danian, de Genillé, qui, n'exerçant plus la médecine, s'excusent de ne pouvoir adhérer au syndicat, dont ils partagent la manière de voir.

M. Thomas expose que l'Association générale des

médecins de France, qui, jusqu'à présent, avait paru témoigner aux syndicats quelque défiance, semble avoir changé de manière de voir, puisque dans la dernière assemblée annuelle, elle a adopté des conclusions fort aimables pour les syndicats.

On aborde ensuite l'examen de la question de l'inspection des enfants en nourrice.

Plusieurs confrères, qui n'ont pu se rendre à la séance, ont écrit au bureau leur manière de voir. Les uns trouvent que tout est pour le mieux; d'autres que tout va très mal : ces derniers sont plus nombreux.

Les remèdes proposés sont :

1° La révision des circonscriptions de telle sorte qu'il y ait désormais, non des inspecteurs cantonaux s'étendant sur plusieurs clientèles, inspirant de la défiance à plusieurs, et ne pouvant souvent, vu la distance à parcourir, voir régulièrement des enfants, mais des circonscriptions ne s'étendant pas au-delà de la clientèle du médecin inspecteur.

2° Une organisation de l'inspection semblable à l'organisation du service des indigents : chaque nourrice, en déclarant son enfant, donnerait à la mairie le nom de son médecin, lequel devrait surveiller le nourrisson (Pathault).

3° Il n'y aurait pas de médecins inspecteurs, mais, à la fin de chaque année, le préfet inviterait chaque médecin à le renseigner sur les nourrissons qu'il a pu rencontrer dans sa clientèle, sur les abus qu'il a vus, sur les réformes à faire, etc. (Boureau).

Après discussion l'assemblée décide qu'il y a lieu de réviser les circonscriptions, comme cela avait déjà été proposé à la réunion des médecins inspecteurs à la préfecture, au commencement de l'année, et pris en considération; que les circonscriptions doivent, autant que possible, ne pas s'étendre au-delà de la clientèle ordinaire du médecin inspecteur; que le bureau se chargera d'écrire à ce sujet à tous les médecins d'Indre-et-Loire, et de faire toutes les démarches nécessaires pour arriver à une solution.

Sur la proposition du bureau, l'Assemblée décide ensuite qu'il y a lieu d'adresser au Conseil général d'Indre-et-Loire une pétition demandant de voter un crédit suffisant pour solder intégralement les mémoires de la médecine des indigents. Le bureau est chargé de rédiger et d'adresser la pétition.

La séance est levée à 4 heures 1/2.

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1885.

Présidence de M. H. Thomas.

Sont admis à l'unanimité sur la présentation du bureau, comme membres du syndicat : MM. *Boucher*, d'Avoine, et *Guignard*, de Montbazon.

On procède au choix des médecins qui seront proposés aux confrères du département pour faire partie de la commission de révision des mémoires de 1885 de la *médecine des indigents.*

MM. Mahondeau et Soubie sont désignés pour l'arrondissement de Tours; MM. Lemesle et Gasté pour Chinon; et MM. Bontier et E. Chaumier pour Loches.

Un membre fait remarquer que dans la vérification des mémoires on ne devrait pas seulement examiner, comme l'an dernier, les notes contestées par la préfecture, mais la totalité. L'Assemblée se range à cette manière de voir.

Le Président annonce à la réunion que le bureau a adressé au Conseil général la pétition suivante :

« Messieurs,

« Les membres du Syndicat médical d'Indre-et-Loire nous ont chargés de vous entretenir du service de la médecine des indigents, et de vous prier de bien vouloir prendre les mesures nécessaires pour améliorer l'état de choses actuel, qui ne saurait durer, sans préjudice très grand pour tous nos confrères.

« Jusqu'à l'année dernière, les mémoires étaient faits d'après un tarif réduit accepté par vous et payés intégralement. Cette année, les mémoires, toujours faits d'après le même tarif, ont été vérifiés par une commission de médecins — tous membres du Syndicat — nommés par leurs confrères; mais la somme que vous votez tous les ans pour ce service, augmentée des allocations des communes, s'est trouvée de 8,000 francs insuffisante — somme égale à celle que vous votez annuellement.

Les mémoires des médecins — mémoires faits d'après le tarif réduit — ont, de ce fait, subi une réduction de 25 à 30 p. 100; ce qui portait nos visites à un chiffre dérisoire.

Les années précédentes, le crédit devait être également insuffisant, et cependant les mémoires étaient payés.

« Nous vous prions, Messieurs, d'étudier cette question, et de vouloir bien voter les fonds nécessaires pour assurer le bon fonctionnement de la médecine des indigents.

« Signé : le président Dr H. Thomas; le secrétaire Dr Edmond Chaumier. »

Depuis ce moment le président et le secrétaire ont vu plusieurs conseillers généraux et en ont reçu l'assurance qu'on avait fait droit à la demande du syndicat et qu'une somme suffisante serait portée au budget additionnel, pour payer le déficit de l'année 1884.

M. Mahondeau, conseiller général, présent à la séance, dit que la chose est exacte.

On passe ensuite à l'examen de la *surveillance des enfants en nourrice.* Le président communique à l'assemblée un certain nombre de lettres de confrères ayant trait aux mauvaises délimitations des circonscriptions, et engage les membres du syndicat qui n'ont pas encore donné les indications qu'on leur avait demandées, à le faire le plus promptement possible; car on ne peut procéder à une révision et s'entendre avec la préfecture qu'avec des documents complets.

Le syndicat charge le bureau d'écrire de nouveau aux médecins qui n'ont pas répondu aux questions posées; et de faire auprès de la préfecture toutes les démarches nécessaires.

La séance est levée à quatre heures et demie.

Dr EDMOND CHAUMIER.

NOUVELLES

M. le docteur Dupuy, député de l'Aisne, ancien interne des hôpitaux de Paris, a déposé, jeudi dernier, sur le bureau de la Chambre des députés, une pétition signée de 1,575 médecins de France et d'Algérie, tendant à faire bénéficier les médecins des dispositions de la loi sur les syndicats professionnels.

La **vingt-septième assemblée générale** de l'*Association générale des médecins de France* aura lieu le 2 et le 3 mai prochain.

Voici l'ordre du jour des deux séances :

Dimanche 2 mai. — 1° Rapport de la commission chargée du recensement des votes relatifs à l'élection du président de l'Association; 2° Installation et allocution du président nouvellement élu; 3° Exposé de la situation financière de l'Association générale; 4° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier; 5° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale pendant l'année 1885, par M. Foville, secrétaire général; 6° Première partie du Rapport sur les pensions viagères à accorder en 1886; 7° Rapport de M. Passant sur la déclaration des causes de décès et le secret professionnel (vœu de M. Langlet, pris en considération par l'assemblée générale de 1885); 8° Rapport de M. de Ranse sur le projet de création d'un Ordre des médecins (vœu de MM. Surmay et Mougeot, pris en considération par l'assemblée générale de 1885.)

Lundi 3 mai. — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale; 2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale; 3° Deuxième partie du Rapport sur les pensions viagères à accorder en 1886. Discussion et vote des propositions; 4° Election de la commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1887; 5° Election des membres du bureau et renouvellement partiel du conseil général; 6° Discussion des Rapports de MM. Passant et de Ranse; 7° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1887.

Le dimanche 2 mai, à sept heures, un banquet aura lieu à l'hôtel Continental.

Le fonds d'encouragement pour la guérison expérimentale de la tuberculose réalisé par souscription sur l'initiative de M. Verneuil se monte à 15 000 francs environ.

Le *Journal officiel* du 14 mars a publié la première liste de souscription pour l'*Institut Pasteur*. Le total de cette première liste s'élevait à 242,336 fr. 20.

Le concours d'agrégation de médecine s'est terminé mardi soir à 6 heures 1/2.

Voici les noms des candidats admis et classés par Facultés :

Paris : MM. Brissaud, Ballet, Dejerine, Chauffard.
Bordeaux : MM. Moussous, Dubreuilh.
Lille : MM. Lemoine, Chuffard.
Lyon : MM. Weill, Lannois.
Montpellier : MM. Boinet, Ducamp(?)se.
Nancy : MM. Simon, Parisot.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

NÉCROLOGIE

Courty.

Le jeudi 4 mars ont eu lieu à Montpellier les obsèques de M. Amédée Courty, professeur honoraire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine. A l'hôpital Saint-Eloy, M. le docteur Tédenat, professeur de clinique chirurgicale, a rappelé les titres scientifiques de son prédécesseur, c'est à dire : sa thèse inaugurale : *De l'œuf et de son développement dans l'espèce humaine*, inspirée par Coste; les travaux sur la *méthode anesthésique*; ses mémoires sur les *substitutions organiques*, sur les *tendances de la chirurgie;* son *Traité des maladies de l'utérus*, qui fut couronné par l'Institut; enfin ses articles du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. M. Courty avait su obtenir à Montpellier une grande situation de clientèle, que justifiait son talent comme chirurgien et surtout comme gynécologiste.

Bochefontaine.

Nous avons appris avec un vif regret la mort presque subite de M. le docteur Bochefontaine, chef du laboratoire de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu, physiologiste distingué, collaborateur de MM. Vulpian et Germain Sée, et auteur d'un grand nombre de mémoires communiqués par la plupart à la Société de biologie. On n'a pas oublié avec quel courage inutile M. Bochefontaine, pour démontrer la non contagiosité du choléra, avait ingéré des selles cholériques en pilules. Il avait depuis quelques mois répété, dit-on, plusieurs fois des expériences analogues avec des selles dysentériques; on peut se demander si elles n ont pas été en partie la cause des accidents qui l'ont emporté.

BIBLIOGRAPHIE

Hygiène de la beauté, par le docteur Monin.

Vient de paraître, chez M. O. Doin, l'*Hygiène de la beauté*, par le docteur E. Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène, officier de l'instruction publique, etc... Ce manuel, se divise en deux parties.

La première comprend les généralités sur la *Beauté et son hygiène*, la deuxième, les particularités les plus pratiques de l'art de la cosmétique. La première revêt l'attrayante livrée de la *vulgarisation*. La deuxième, à allures plus techniques, ne peut dépouiller entièrement l'aridité, inséparable de tout *formulaire*.

L'Hygiène de la beauté est précédé d'une délicieuse *Lettre à l'auteur*, par Catulle Mendès.

Voici un extrait de la table analytique. Qu'est-ce que la beauté ? — Obésité et maigreur. — Formules pour la bouche. — Pour les cheveux. — Hygiène de la peau. — De la chevelure. — De l'attitude. — Du visage. — La bouche et les dents. — La physionomie humaine. — L'herpétisme. — L'Hygiène intime. — Poudres de riz et fards. — Les cosmétiques. — Les parfums.

Des tumeurs adénoides du pharynx, par le docteur Chatellier, 1886, grand in-8° de 93 pages avec 5 photographies et 2 planches. — Prix : 3 francs, J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

BULLETIN DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ET DE L'UNION DES SYNDICATS

N° 13. — 1886

SOMMAIRE

ASSOCIATION ET SYNDICATS

L'article additionnel à la loi sur les Syndicats professionnels. — Action que nos confrères peuvent et doivent exercer.

Dans un précédent article, nous avons invité tous les membres des Syndicats à intervenir près de leurs représentants, afin d'obtenir un article additionnel à la loi du 21 mars 1884. Il est, en effet, indispensable de rendre à cette loi le caractère de généralité que ses auteurs ont incontestablement voulu lui donner, et que les juges de Domfront, de Caen et de la Cour de Cassation, enchaînés par une rédaction qui a trahi l'esprit des législateurs, n'ont pas cru devoir lui attribuer.

Le moment est venu où nous ne saurions rester indifférents, et où la nécessité d'agir nous paraît s'imposer d'une manière urgente et impérieuse. Nous attendions avec impatience le dépôt d'un projet qui devait être fait par l'honorable M. Lyonnais, député de la Seine-Inférieure, dont les sentiments nous sont bien connus et le concours assuré.

Devançant son collègue au corps législatif, M. le Dr Dupuy, (de Vervins), député de l'Aisne, membre du CONCOURS MÉDICAL, déposait, le 5 février dernier, sur le bureau de la Chambre, l'article additionnel suivant : « Les dispositions de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels sont applicables aux médecins. » La question qui nous occupe est donc maintenant engagée, et, quelle que soit la lenteur nécessaire de la procédure parlementaire, on ne saurait considérer comme éloigné le moment où le Parlement aura à se prononcer catégoriquement et d'une manière définitive.

Les promesses qui nous ont été faites, celles qu'ont reçues un très grand nombre de nos confrères et qu'ils ont bien voulu nous faire connaître, ne laissent subsister aucun doute dans notre esprit. La Chambre actuelle ne se montrera pas moins libérale que sa devancière, et bientôt le corps médical ne se trouvera plus exclu des bénéfices d'une loi, que ses auteurs avaient voulu faire très large et très libérale, et dont l'application qu'en ont faite les tribunaux nous mettait précisément hors du droit commun.

Pour notre part, nous n'avons jamais cessé de protester contre l'interprétation des magistrats qui nous a toujours paru en désaccord absolu avec les déclarations faites au Sénat comme à la Chambre des députés, et nous sommes heureux de voir venir le moment où toute équivoque sera enfin dissipée.

Il n'est pas nécessaire de disserter sur les motifs qui démontrent, pour les médecins, l'utilité des Syndicats professionnels. Nous avons suffisamment insisté sur ce point pour n'y pas revenir. Il est cependant quelques faits que nous voulons relever, parce qu'ils nous paraissent avoir une valeur capitale.

Au lendemain du jour où fut rendu public l'Arrêt de la Cour de Cassation, dans l'affaire désormais célèbre de Domfront, l'*Union médicale* publiait une note que nos lecteurs connaissent dans laquelle M. Vanesson, conseil judiciaire de l'Association, déclarait qu'*il n'y avait plus de question des Syndicats ; que les Syndicats médicaux n'avaient qu'à se dissoudre!*

Or, que s'est-il passé depuis lors ? Les Syndicats médicaux se sont-ils, en effet, dissous? Nullement: Les syndicats qui existaient alors existent encore aujourd'hui. Ils ont tenu leurs réunions habituelles; ils ont continué à étudier les questions professionnelles les plus importantes et les plus graves, affirmant ainsi le réveil, ou tout au moins le développement de l'esprit de confraternité et de solidarité qui doit toujours nous unir.

Mais ce n'est pas tout : un certain nombre d'entre eux ont modifié leurs statuts, que les tâtonnements et l'inexpérience inévitables des débuts avaient laissés un peu défectueux. Ils ont tenu à les rendre irréprochables, dans la mesure du possible, tout en reconnaissant que les circonstances et les enseignements de l'avenir pourront obliger à y introduire des modifications devenues nécessaires.

D'autres se sont formés qui n'existaient pas lors de l'arrêt rendu par la Cour suprême. Un grand nombre sont encore aujourd'hui à l'état de projet, et ne tarderont pas à grossir le chiffre très respectable de ceux qui fonctionnent régulièrement.

De son côté, l'administration n'a cessé de témoigner de sa bonne volonté vis à vis des syndicats. Partout on a mis à leur disposition les locaux dont les municipalités ou les préfectures peuvent disposer pour y tenir leurs réunions. Les mairies n'ont pas cessé de recevoir les dépôts de statuts et les désignations des membres des bureaux. Bien plus, les admi-

nistrations publiques ont contracté l'habitude de s'adresser à eux pour certains services, où leur intervention a été très efficace au point de vue de la défense des intérêts professionnels. Ils ont montré partout, qu'ils voulaient, qu'ils pouvaient et qu'ils savaient être utiles : partout, en un mot, ils ont fait preuve de vitalité en même temps que de sagesse et de modération.

Ces qualités, autant que les services rendus, ont peu à peu approprié les associations syndicales aux mœurs du corps médical sur lesquelles, à leur tour, elles ont exercé une action moralisatrice incontestable. Aussi, de la part du public, les défiances et, disons le mot, les répugnances de la première heure se sont promptement dissipées et ont fait place à des sentiments d'une nature toute différente. Plus d'une fois des clients ont pris les bureaux des syndicats pour arbitres des difficultés survenues avec leur médecin.

Tous ces faits que nous prenons au hasard et que nous pourrions multiplier à l'infini ne prouvent-ils pas l'utilité de semblables institutions ?

Que partout nos confrères imitent donc ce qui s'est passé dans les Vosges et dans la Gironde. Que partout les membres des divers syndicats exposent leurs légitimes réclamations aux représentants de leur région, et il n'est pas douteux, que le succès le plus éclatant ne vienne bientôt couronner nos efforts collectifs.

Sans doute, il est difficile de mettre en mouvement le corps médical. Habitué à vivre en quelque sorte isolé (je parle surtout de la grande masse des médecins des campagnes ou des petites localités), le médecin ne sait trop souvent que se plaindre des misères de la profession. Il les voit, il les ressent vivement : il comprend qu'il y a un remède à ces maux. Mais comme il n'a jamais vu réaliser aucune amélioration, il s'imagine volontiers qu'on n'en obtiendra jamais ! Et quand on le sollicite de sortir de cette inertie pour ainsi dire constitutionnelle, il vous répond presque invariablement: A quoi bon ? — A quel résultat aboutirez-vous ? — Est-ce que l'on songe à nous ?

Braves confrères qui tenez ce langage, avez-vous bien réfléchi à l'importance du rôle du médecin ? Et croyez-vous franchement que nos représentants soient assez dépourvus du sentiment de la plus élémentaire justice pour vouloir laisser éternellement dans l'oubli une profession dont le rôle social, déjà si considérable, tend chaque jour à prendre une plus grande importance ? Est-ce que, à défaut de ce sentiment d'équité, leur propre intérêt ne leur commanderait pas d'écouter avec bienveillance nos justes réclamations ?

Est-ce que, par hasard, vous seriez retenus par des scrupules de conscience, respectables sans doute, mais à coup sûr exagérés ! — Vous n'osez pas élever la voix pour formuler des réclamations en votre faveur ! Voilà le sentiment qui vous obsède.

Et qui donc, s'il vous plaît, peut mieux que nous faire connaître nos désirs et nos besoins ? Qui peut mieux édifier nos législateurs sur une situation dont le plus grand nombre d'entre eux ne se font pas une idée ? Si nous ne réclamons pas, pensent-ils, c'est que nous n'avons aucune réclamation à élever !

Et puis, est-ce une faveur isolée, profitable à celui-là seul qui la demande, que nous vous engageons à solliciter ? S'il en était ainsi, je comprendrais les répugnances que souleverait une semblable démarche. Mais loin de là : nous demandons la réparation d'un oubli en faveur de tous les membres d'une profession possédant en France plus de vingt mille représentants qui comptent parmi les citoyens les plus instruits, les plus éclairés, — et, hélas ! — les plus deshérités de la nation ! C'est donc, au premier chef, une œuvre de justice à laquelle nous convions nos élus, et c'est pour nous un devoir étroit de les éclairer et de leur fournir des renseignements que SEULS nous avons qualité pour leur donner. Dr AD. BARAT-DULAURIER.

COMPTE-RENDU DES TRAVAUX DES SYNDICATS

Syndicat médical du département de l'Aude

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous adresser un compte-rendu sommaire de notre séance annuelle. Je vous envoie en même temps le nom et l'adresse de tous les membres de notre syndicat.

Séance générale du 16 novembre 1885.

Présents MM. Digeon, Rigail, Heylle, syndics d'arrondissement ; Petit, trésorier ; Peyronnet secrétaire, Narbonne, Crouzet, Roméric, Bonnaud, Jean, Laffite, Cuxac et Rougé.

M. Rigail, syndic général pour l'année 1885, occupe le fauteuil de la présidence. Il résume la situation du syndicat de l'Aude en quelques mots chaleureusement applaudis.

M. Bonneric rappelle que, dans la dernière réunion on a admis le vœu suivant :

« Le corps médical du département de l'Aude, considérant que la restriction apportée par l'application de la loi de 1884 à l'établissement des syndicats, porte un grave préjudice à la profession médicale, et ne permet pas de réprimer les abus quotidiens qui lui font le plus grand tort, émet le vœu :

Que la profession médicale soit comprise parmi les professions reconnues par la loi comme pouvant se syndiquer ».

M. Bonneric propose d'écrire aux députés de l'Aude à propos de la législation médicale et du vœu ci-dessus. (*Adopté*).

M. Petit, trésorier, donne lecture de l'état de la caisse. A ce sujet M. Rigail parle de cotisations du banquet de 1884 qui n'ont pas été versées.

La conduite suivie par le confrère visé par ces mots est critiquée par plusieurs membres. L'incident se termine par la radiation pure et simple de ce confrère.

L'ordre du jour appelle la décision de l'existence du syndicat départemental. Le docteur Narbonne, représentant le cercle syndical de Narbonne, offre de faire payer par la caisse de l'arrondissement une faible cotisation à la caisse départementale.

L'assemblée décide alors de proposer aux médecins de l'arrondissement de Narbonne, les conditions suivantes :

Le cercle de Narbonne reconnaîtra l'existence du syndicat départemental, tout en gardant son autonomie. — Tous les ans, une réunion de tous les mé-

decins syndiqués du département aura lieu à Carcassonne. Cette réunion sera suivie d'un banquet. — Une cotisation sera fournie à la caisse centrale.

M. Narbonne déclare qu'il transmettra ces offres à la prochaine assemblée du cercle de Narbonne.

M. Bonneric propose de mettre à l'étude la question des Compagnies.

Une résolution à ce sujet pourra être présentée à la prochaine réunion générale. (*Adopté*).

L'assemblée décide ensuite que le Livre de renseignements sur les clients doit fonctionner dans tous les cercles.

La date du banquet et de la réunion générale est fixée au mois de janvier. Le bureau désignera le jour.

La cotisation est élevée de 10 à 12 francs.

Le banquet sera défrayé par la caisse d'une somme de 100 francs.

Enfin, sur la proposition de M. Rigail, syndic sortant, le nouveau bureau annuel est ainsi composé.

Syndic, M. Heylle.

Secrétaire, M. Toussaint.

Trésorier, M. Petit.

Carcassonne le 16 novembre 1885

Pour copie conforme : Dr Peyronnet.

Syndicat médical de l'arrondissement de Domfront (Orne).

Séance du 3 novembre 1885.

Etaient présents : MM. Legallois, Onfray-Métairie, Lange, Guérin, Lemonnier, Prodhomme, Berrué, Pierre, Gauquelin, Bidard, Barrabé.

S'étaient excusés de ne pouvoir assister à la réunion : MM. Joubert, Leconte, Toutain, etc.

I

M. le Président annonce à l'Assemblée que le Docteur Aubine vient de lui adresser, pour raisons de santé, sa démission de Président du Syndicat pendant l'année 1886, et, après avoir exprimé tous les regrets que lui cause cette détermination, il invite la réunion, conformément aux statuts, à procéder au renouvellement complet du bureau pour l'exercice 1886.

Sont successivement élus :

MM. Onfray-Métairie, Président ;
Berrué, Vice-Président ;
Guérin, Assesseur ;
Bidard, Secrétaire-Trésorier.

L'Assemblée nomme par acclamation M. le Docteur Cézilly, directeur du *Concours médical*, Président d'honneur, et espère qu'il voudra bien continuer au Syndicat de Domfront, les témoignages de dévouement et de bienveillance qu'il n'a cessé de lui prodiguer.

II

M. le Secrétaire-Trésorier fait l'exposé de la situation financière de la Société, qui se résume pour l'exercice 1885, de la façon suivante :

Recettes................	202 fr. 50
Dépenses................	231 fr. 85
Excédent de dépenses.....	29 fr. 35

M. le Président propose pour faire face au déficit de l'exercice 1885 et à l'augmentation de dépenses que va nécessiter l'impression des statuts, de fixer la cotisation de 1886 à 10 fr. par Sociétaire.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

III

M. le Président fait connaître à l'Assemblée que l'*Union des Syndicats de France*, dans sa réunion d'Août, a élevé à 2 fr. la contribution de chaque Sociétaire.

L'Assemblée, à l'unanimité, vote cette somme de 2 fr. ; en même temps, elle adresse aux membres du bureau de l'*Union des Syndicats*, et notamment au *Docteur Gibert*, l'expression de sa vive reconnaissance pour le concours moral et financier qu'ils ont bien voulu apporter au Syndicat de Domfront dans son procès.

L'Assemblée remercie, en outre, le *Syndicat du Loiret* et le *Syndicat de Tours*, qui lui sont venus directement et pécuniairement en aide, et enfin l'*Association départementale des Médecins de l'Orne*, pour l'appui moral qu'elle a bien voulu lui prêter devant la Cour de Caen.

IV

L'Assemblée continue la discussion des statuts du Syndicat, commencée dans la précédente séance, et après un examen attentif, les adopte d'une façon définitive.

Le Secrétaire : Dr Barrabé.

Comme vous le voyez, mon cher Confrère, notre Syndicat est définitivement réorganisé. Fondé depuis deux ans seulement, il a montré combien sont vivaces dans le corps médical les idées d'entente et d'union. A notre époque de lutte, n'est-ce pas, du reste, un besoin pour nous tous de nous unir et de nous prêter assistance. Cela est tellement vrai que nous étions un petit nombre à engager le procès de Domfront, et que nous sommes devenus légion pour le soutenir.

Avions-nous engagé ce procès à la légère ? Non. Un rebouteur éhonté tenait cabinet ouvert les jours de marché, dans plusieurs villes de la contrée. Il y avait là un exemple frappant d'exercice illégal de la Médecine, et dans des conditions déplorables, inouïes pour la santé publique, comme vous le savez. Le parquet poursuivait d'office. Devions-nous assister indifférents à ce fait rare de l'application des lois en notre faveur ? Evidemment non. Une occasion unique se présentait à nous de savoir si, oui ou non, la loi du 21 mars 1884 nous était applicable ; nous devions en profiter. C'est ce que nous avons fait.

Si le résultat n'a pas répondu à notre attente, il a eu cela de bon, au moins, de nous faire connaître les mauvaises dispositions de la magistrature à l'égard du corps médical, d'éclaircir une situation légale douteuse, de nous unir tous plus étroitement que par le passé, et de nous prouver que la lutte pour la revendication de nos droits devait être plus énergique que jamais.

Les deux années de Syndicat qui viennent de s'écouler ont produit d'excellents effets. Ce n'est pas sans un vif sentiment d'orgueil que nous le constatons. Le dénouement heureux et facile de quelques conflits entre Médecins, le prestige médical augmenté, dans les deux villes les plus importantes de l'arrondissement, le relèvement des tarifs trop abaissés, l'application de la loi Roussel dans des conditions acceptables pour tous, voilà le bilan en gros des exercices 1884 et 1885. N'avons-nous pas raison d'être satisfaits ?

Nous vous adressons, mon cher Confrère, un exemplaire des statuts révisés.

Nos premiers règlements avaient été faits à la hâte. Ceux-ci, tout en étant perfectibles, ont été plus étudiés.

Nos adversaires reprochent aux Syndicats d'aliéner la liberté du Médecin. Nos statuts sont un formel démenti à ces allégations. Entendons-nous cependant. Il y a une liberté que nos règlements nous interdisent,

c'est la liberté d'être mauvais Confrère. Est-ce cette liberté qu'on réclame?

En résumé, mon cher Confrère, notre Syndicat a fait ses preuves. Il nous reste encore beaucoup à faire, mais le passé est un sûr garant de l'avenir.

Recevez, mon cher Confrère, l'assurance de nos meilleurs sentiments confraternels.

Le Président, Dr Legallois. *Le Vice-Président,* Dr Onfray-Métairie.

Le Secrétaire, Dr Barrabé.

Syndicat médical de Lamballe.

Réunion du 13 septembre 1885.

La séance est ouverte sous la présidence du Dr Bidel.

Tous les membres du syndicat assistent à la réunion.

Admission. — Le Dr Martin de Moncontour est admis à l'unanimité. Le président prononce l'allocution suivante :

« Messieurs,

« Ceux d'entre vous qui s'intéressent aux syndicats médicaux et à leur avenir, ont suivi avec intérêt le procès de Domfront, et ce n'est certes pas sans étonnement qu'ils ont appris que la loi de 1884 ne nous est pas applicable, que nos syndicats ne bénéficient pas de la personnalité civile.

Bien que vous connaissiez sans doute le beau et substantiel discours prononcé par M. Gibert (du Havre), à l'assemblée générale des Syndicats, je crois utile de mettre sous vos yeux les parties les plus saillantes et les plus pratiques de cette œuvre remarquable. (Discours du Dr Gibert, reproduit dans *Concours* du 22 août 1885, no 22, page 397).

« Comment répondrons-nous à l'arrêt injuste à nos yeux de la cour de cassation? en faisant de la propagande, en fondant des syndicats et en améliorant ceux qui existent. »

Je retiens ce dernier membre de phrase, car en ce qui nous regarde personnellement il est urgent, Messieurs, d'améliorer notre syndicat qui ne fonctionne peut-être qu'en apparence, et qui n'est une réalité complète que sur le papier.

Si nous voulons retirer un véritable profit de notre organisation syndicale, il faut, je vous l'ai déjà dit l'an dernier, appliquer vos statuts dans toute leur rigueur.

J'aime le langage du Dr Chédevergue de Poitiers: ce n'est pas des syndicats à l'eau de rose qu'il nous faut, mais des syndicats effectifs. Il faut qu'une décision de la majorité devienne une loi d'honneur pour tous.

Nous nous étions promis, Messieurs, non seulement d'envoyer chaque année notre note à tous nos clients indistinctivement, mais encore d'employer les moyens légaux pour nous faire payer tous les ans ; nous nous étions en outre engagés à communiquer à nos confrères les plus voisins le nom de nos mauvais clients !... Que tous nous refusions nos soins à ces parasites qui nous exploitent à tour de rôle. (Je ne parle pas des pauvres bien entendu.)

Eh bien ! avons-nous tenu notre engagement? Je serais bien heureux de recevoir une réponse affirmative.

Si c'est ainsi que nous exécutons nos statuts, que retirerons-nous de nos réunions syndicales outre le plaisir très grand, je l'avoue, de nous voir et de faire ensemble un joyeux dîner.

Ayant la bonne fortune de compter au nombre de nos membres syndiqués, M. le président de l'association des Côtes-du-Nord, prions-le de provoquer un vote de la Société des médecins destinés à presser le Bureau de l'Association générale d'insister auprès des pouvoirs publics pour que la loi sur les associations soit révisée en ce qui concerne les professions libérales.

Messieurs, le Dr Lande (de Bordeaux) a établi sur une base certaine une caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du *Concours médical.* Je ne peux trop engager nos confrères jeunes, à placer là leurs économies; avec un capital restreint, ils se procureront, à partir de 1894, une pension annuelle de 1.200 francs.

Messieurs et chers confrères, les pouvoirs de votre bureau sont expirés. Il vous remercie non seulement de l'honneur que vous lui avez fait, mais encore de l'extrême bienveillance que vous lui avez toujours montrée. Il vous prie de pourvoir à son remplacement.

Après une courte discussion sur les divers points énumérés dans le discours de M. le Président, tous les membres du Syndicat signent une pétition à MM. les Sénateurs et députés au sujet de l'interprétation de la loi du 21 mars 1884, sur les Syndicats professionnels.

On procède ensuite à l'élection du bureau. Les membres anciens sont réélus à l'unanimité pour 1886.

Le secrétaire-trésorier, J. Codet.

Syndicat de Corbeil.

Procès-verbal de la réunion du 24 janvier 1886.

Le Syndicat s'est réuni en assemblée générale à Corbeil, Hôtel de Bellevue, le 24 janvier 1886. Etaient présents : MM. Bouche, Daussure, Cros, Fournier, Lhoste, Chairou, Ladmiral, Loison, de Saint-Martin, vice-président et Surbled, secrétaire.

En l'absence de M. Pépin, président, malade, M. de Saint-Martin ouvre la séance à 2 h. 1/2.

M. Maugenest s'excuse par lettre de ne pouvoir assister à la réunion.

L'ordre du jour amène le projet de convention avec le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement de Corbeil pour une assurance contre les accidents. M. le secrétaire lit un rapport (1) sur ce projet, et la discussion s'engage sur les conclusions proposées.

M. Ladmiral fait observer que les patrons s'efforceront de diminuer les petits sinistres (qui sont les plus fréquents) en gardant dans leurs ateliers, avec un modique salaire, les ouvriers légèrement blessés. Cette pratique serait très préjudiciable pour nous, et notre confrère propose d'y obvier par l'article suivant: « Tout accident devra être déclaré au médecin et constaté par lui. » Le prix de 15 fr. par sinistre est accepté.

MM. Boucher et Ladmiral font observer que certains accidents graves ne peuvent être convenablement soignés à domicile. Dans l'intérêt des ouvriers, comme dans celui des patrons, le transport à l'hôpital s'impose. Nos confrères proposent donc de voter ce qui suit: « Toutes les fois que le blessé est atteint d'un accident grave qui ne peut être utilement soigné à domicile, le médecin ordonne son transport à l'hôpital le plus voisin. »

(1) Voir page 29.

En cas de refus, les soins cessent d'être dûs et sont à la charge du blessé.

L'ensemble du projet est adopté; et le bureau est chargé de le présenter au bureau du syndicat des entrepreneurs.

M. Surbled, trésorier, expose l'état de la caisse :

En caisse au 31 décembre 1884	217 fr. 15
Recettes	264 fr.
Intérêt de banque	7 fr. 65
Dépenses	185 fr. 20
Reste en caisse	303 fr. 60

Il est procédé à l'élection du bureau pour 1886. M. Chairon est nommé président.

MM. de Saint-Martin et Surbled sont réélus vice-président et secrétaire-trésorier.

Le banquet est fixé au 10 février.

Des démarches seront faites par le bureau auprès du préfet de Versailles et des conseillers généraux pour obtenir une meilleure organisation du service d'inspection des nourrissons.

La séance est levée à trois heures et demie.

Le serétaire ; Dr Surbled (de Corbeil).

Syndicat de Corbeil

Rapport lu à l'Assemblée générale du 24 janvier 1886.

Messieurs et chers confrères,

Le syndicat de Corbeil entre dans sa quatrième année d'existence. Malgré de sérieuses difficultés, malgré quelques défaillances, il a accompli une grande œuvre, l'union de vingt-cinq confrères sous une règle commune. Cette union nous honore : elle suffirait seule à prouver l'utilité de notre association. Elle a déjà trouvé sa récompense.

C'est grâce au syndicat que les collectivités qui nous entourent et nous exploitent à l'envi ont dû céder à nos légitimes exigences. Nous sommes heureux de vous l'apprendre, vos efforts de quatre années n'ont pas été stériles. Ils viennent d'être couronnés de succès dans les deux voies où ils étaient engagés, dans la question des assurances et dans celle des sociétés de secours mutuels.

La question des sociétés de secours mutuels n'a été abordée que l'année dernière. Elle a été promptement résolue. Partout on nous donne une rétribution dérisoire qui contraste singulièrement avec tous les services qu'on attend, ou plutôt qu'on réclame de nous. Nous avons été unanimes à nous plaindre de cette situation; et la principale disposition prise, vous le savez, a été de demander un minimum de 5 fr. dans les abonnements par capitation. Le syndicat laissait d'ailleurs à chacun de nous le soin de défendre ses intérêts dans ce sens.

Le premier, M. le docteur Vignes a cherché à faire entrer nos décisions dans la pratique. Médecin de la société de secours mutuels d'Evry-Petit-Bourg, où, pour ses 400 francs, il se trouvait à la disposition de 140 familles, il a écrit en décembre dernier, à son président, pour lui donner le choix entre sa démission au 1er janvier 1886 ou l'acceptation de nos conditions nouvelles. Cette attitude énergique n'a pas été sans résultat. La société d'Evry-Petit-Bourg vient de conclure, avec M. Vignes, un arrangement que nous recommandons à toutes nos confrères. Elle alloue au médecin la somme annuelle de 10 fr. par famille ou par célibataire. Les accouchements, les maladies de femmes, les visites de nuit sont exclues des soins dûs aux sociétaires. D'accord avec notre confrère, la société a fait là une réforme sérieuse, dont tout l'honneur revient au syndicat.

La question des assurances est loin d'être aussi simple et aussi facile à résoudre que celle des sociétés de secours mutuels. Je n'ai pas à vous rappeler les péripéties de la lutte que nous soutenons depuis près de quatre ans avec les compagnies d'assurances. Il y a un an, cette lutte arriva à l'état aigu; et rien n'en faisait prévoir la fin, les compagnies étant aussi ardentes à sauvegarder leurs gros bénéfices que nous à défendre nos droits. La question des assurances serait donc restée définitivement à notre ordre du jour, si une solution imprévue n'était pas survenue tout récemment *en dehors des Compagnies et malgré elles.* La guerre va cesser faute de combattants. Encore un pas et les Compagnies auront vécu.

Les patrons qui font assurer leurs ouvriers, grace aux prime régulièrement payée ont droit, à deux choses essentielles: 1° les soins du médecin; 2° des indemnités proportionnées à la gravité des sinistres. Jamais les compagnies ne les ont complètement satisfaits. Sans doute, jusqu'ici le service médical avait été assuré : *les Compagnies prodiguaient nos soins à leurs blessés.* Les indemnités, par contre, étaient plus difficiles à obtenir : on les refusait parfois, on les marchandait souvent. Le jour où le corps médical, fatigué d'être la dupe des compagnies, a refusé son concours, les patrons n'ont plus hésité à résilier leur police.

Réunis dans un vaste syndicat, les patrons de l'arrondissement de Corbeil ont pensé avec raison qu'il y avait tout intérêt pour eux et pour nous à supprimer ces intermédiaires aussi coûteux qu'inutiles, qu'on appelle les compagnies d'assurances. Ils ont fondé une société mutuelle d'assurance; et notre syndicat est appelé aujourd'hui à établir les conditions de notre concours à cette œuvre utile. Ces conditions sont faciles à poser, en tenant compte de nos délibérations antérieures et des entretiens que votre secrétaire a eu l'honneur d'avoir avec le président du syndicat des entrepreneurs. On peut les résumer dans les trois propositions suivantes :

1° Le syndicat médical de Corbeil a conclu avec le syndicat des entrepreneurs de l'arrondissement de Corbeil, le présent arrangement, pour assurer le traitement de tous les accidents du travail, qui surviendront aux ouvriers des patrons syndiqués, réunis en société d'assurance. Tous les médecins syndiqués donnent leurs soins, au choix des sinistrés, et dans les conditions indiquées aux statuts.

2° Le prix de 15 fr. est fixé pour tout sinistre certifié, soigné et liquidé.

3° Les médicaments usuels (alcool camphré, arnica, eau blanche, perchlorure de fer, etc.) sont fournis à chaque médecin pour les pansements dans le cabinet.

Une seule objection peut être faite à ce programme : permettez-moi d'y répondre. On ne parle pas des accidents graves et du tarif spécial que nous avons toujours cherché à leur appliquer. La proportion des accidents graves est très faible : des recherches minutieuses me permettent de vous affirmer qu'elle ne dépasse pas 2 p. 100. Dans ces conditions, le projet que je vous soumets serait plus avantageux que le traité voté l'année dernière, avec M. Crété.

J'espère donc que vous ratifierez mes propositions et que vous donnerez pleins pouvoirs à notre nouveau bureau, pour conclure un traité définitif avec le syndicat des entrepreneurs de Corbeil.

Le secrétaire : Dr Surbled (de Corbeil).

Syndicat et Association des médecins du Rhône.

Nous recommandons à l'attention de nos lecteurs le compte rendu suivant des travaux du syndicat médical du Rhône que nous empruntons au *Lyon médical.* Les pessimistes pourront voir que, même en ne possédant pas le droit d'ester en justice, les syndicats médicaux rendent aux médecins des services qui ne sont pas à dédaigner, et cela à une condition unique : c'est que chacun veuille bien sortir un peu de cet état de torpeur qui, pendant trop longtemps, a été, en quelque sorte, l'état normal des membres de notre profession.

Nous pouvons beaucoup pour améliorer moralement et matériellement notre situation. Pourquoi rester dans l'inertie ? Espère-t-on que les améliorations viendront toutes seules ! L'histoire du passé n'est-elle pas là pour nous avertir que nous resterons toujours à l'arrière plan des réformes, si nous ne cherchons pas à les provoquer en nous occupant nous-mêmes de nos affaires.

Si nos confrères de *Lyon* n'ont pas atteint entièrement le but qu'ils s'étaient proposé, du moins il faut leur rendre cette justice qu'ils ont utilement employé leur temps. A. B.-D.

. . . .

Le 4 août de l'année dernière, répondant à l'appel de l'Association des médecins du Rhône, vous vous êtes constitués en syndicat, en vous conformant aux prescriptions de la loi du 21 mars 1884. Et, après l'adoption de vos statuts, vous avez chargé une commission de neuf membres, assistée d'un des jurisconsultes les plus autorisés de notre ville, de diriger cette nouvelle institution, de lui donner une impulsion ferme et décisive, et de faire sortir de ses travaux des résultats en rapport avec les grandes espérances que vous en aviez conçues. Désignés par vos sympathiques suffrages, nous avons accepté cette mission. . .

Le premier soin de votre Chambre syndicale a été de régulariser l'état civil de votre association. Les formalités prescrites par la loi du 21 mars 1884 furent remplies, sans opposition de la part de l'autorité compétente. Et pourtant, dès les premiers moments, notre existence même fut mise en péril par un jugement, dont le retentissement fut grand, et dont la presse médicale et les syndicats s'émurent profondément.

Tandis que la portée de la loi sur les syndicats semblait aux yeux de tous aussi large que possible, et que telle était, d'après la circulaire ministérielle du 25 août 1884 « la pensée dominante du Gouvernement et des Chambres, » le tribunal de Domfront, le 6 octobre 1884, à propos d'une demande en dommages-intérêts formée par le Syndicat médical de la région sud-ouest de l'Orne, pour exercice illégal de la médecine, décida que les médecins ne peuvent se constituer en syndicat, et que, d'ailleurs, eussent-ils ce droit, ils ne pourraient ester en justice.

En nous inclinant respectueusement devant la sentence de la Cour suprême, c'est avec douleur que nous avons constaté une fois de plus, cette sorte d'exception dont souffre trop souvent le corps médical, cet état d'isolement et d'oubli où il est tenu constamment.

La loi de 1791 a supprimé les maîtrises, les jurandes et les corporations professionnelles. Les facultés de médecine furent atteintes comme associations professionnelles, et durent se dissoudre. Aujourd'hui, par suite de l'évolution que subit la société, de la nature même de ses tendances, de ses besoins, la nécessité des associations devient inéluctable, et légitime le droit de se réunir pour soutenir des intérêts communs, afin de ne laisser perdre, dans cette lutte de chaque jour, aucune force isolée.

Et tandis qu'on fait disparaître de notre code ces lois restrictives de 91, les corporations médicales, frappées par elle, ne peuvent se relever. Pareil état de choses nous impose plus que jamais le droit de nous unir étroitement pour réclamer avec instance, et avec toute l'autorité morale dont dispose le corps médical, ce qu'en France on ne devrait jamais avoir à demander, l'égalité devant la loi. A ceux qui éprouvent des défaillances nous dirons que nous comptons cependant sur eux, et que nous avons droit à leur appui. Mieux qu'aux heures du succès, leur dévouement doit nous être acquis, car c'est l'intérêt général de notre grande famille médicale qu'il s'agit de soutenir et de défendre par toutes les voies légales. Votre Chambre syndicale n'a pas un instant cédé au découragement, et repoussant toute idée de dissolution du syndicat, dont les destinées lui sont confiées, elle a décidé de faire appel à votre concours, et, forte de votre appui, de prendre part au grand mouvement organisé sur tous les points de la France par les syndicats médicaux, dans le but d'obtenir du Parlement l'adjonction à la loi sur les syndicats professionnels d'un article qui en étende le bénéfice aux professions libérales. Et ces démarches, qui ne peuvent qu'obtenir un résultat favorable, car elles sont en rapport avec l'esprit qui a présidé à l'élaboration de cette loi, seront poursuivies, afin surtout de dissiper toutes les incertitudes de la jurisprudence susceptibles de gêner notre intervention possible devant les tribunaux. Car il reste bien établi que notre syndicat existe toujours, qu'il fonctionne, et que le parquet, qui possède nos statuts et la déclaration faite par nous de notre constitution en association syndiquée, ne nous a adressé aucun avis nous invitant à nous dissoudre.

Tandis que notre existence légale était mise en cause, les juges de paix de notre ville n'ont pas hésité à accepter nos avis dans des affaires concernant des recouvrements litigieux d'honoraires.

Dans les cas de ce genre, non seulement nous voyons

venir à nous les membres du Syndicat, mais notre intervention arbitrale est souvent réclamée par les clients eux-mêmes, qui, si elle vient à leur être défavorable, se soumettent généralement pleins de confiance dans notre impartialité absolue.

Une des affaires les plus graves que nous ayons eu à examiner nous a été soumise par un de nos confrères qui s'était vu refuser le payement d'une note d'honoraires s'élevant à une somme importante, sous prétexte que, dans les maladies chroniques, exigeant des soins constants, le prix des visites, par le seul fait qu'elles sont multipliées, doit être abaissé. Le Tribunal civil avait accepté en principe ce mode facile d'évaluation des honoraires médicaux, et avait admis, en outre, que les injections hypodermiques de morphine ne donnent pas droit à des honoraires supplémentaires. Nous avons engagé notre confrère à persister dans ses conclusions en appel, et, dans un mémoire longuement motivé, qui sera lu devant la Cour, nous nous efforçons de bien établir que, si grand que soit le nombre des visites faites au cours d'une maladie, aiguë ou chronique, le prix de chacune d'elles est dû intégralement, et à l'égard des injections hypodermiques de morphine, que le devoir du médecin traitant est de les pratiquer lui-même, et qu'il lui est dû, pour chacune de ces opérations, des honoraires spéciaux. Nous espérons que la jurisprudence suivie par les premiers juges sera complètement modifiée par la Cour.

Le caractère particulier de diverses affaires litigieuses qui nous ont été soumises, et la mauvaise foi avec laquelle certains clients en usent avec leurs médecins nous ont démontré la nécessité de recourir à la seule mesure de défense qui puisse être efficace : l'*établissement d'un livre noir*. Lorsque notre existence légale sera reconnue d'une manière définitive, que nous entrerons en pleine possession des droits que confère aux syndicats la loi du 21 mars 1884, nous vous livrerons ce registre, qui pourra dès lors être librement consulté par chacun de vous.

Etendant la sphère de nos travaux, nous avons entrepris l'étude de questions d'un intérêt plus général, et relatives soit aux conditions mêmes de l'exercice de la médecine en France. . . . .

(Suit l'historique de la Révision de la législation...)

Nous lisons dans le *Praticien* du 20 juillet l'article suivant :

La décision de la cour suprême, en dépouillant les syndicats médicaux du droit d'ester en justice et même en contestant leur existence légale, va leur porter un coup funeste (1). Il est certain qu'il est bien singulier de voir non seulement tous les corps d'Etat, mais aussi les pharmaciens, les avocats, les hommes de lettres exerçant tous des professions libérales, posséder des droits et des prérogatives qu'on nous refuse à nous seuls. Il est inutile de songer à lutter contre le vouloir bon ou mauvais de la magistrature. On sait qu'il y a toujours eu entre le corps judiciaire et le corps médical, un certain antagonisme qu'on explique en partie par l'esprit libéral du second et les opinions réactionnaires et tracassières du premier. Deux lignes de conduite restent à suivre : ou demander la modification ou plutôt l'interprétation de la loi, car certainement les législateurs qui comptent tant de nos confrères parmi eux, n'ont pas eu l'intention de faire une exception unique contre nous; ou bien créer un syndicat général analogue à la Société des gens de lettres, au corps des avocats, etc., et d'en obtenir la déclaration d'utilité publique qui donnerait à ce syndicat central le pouvoir d'ester en justice, recueillir des successions, etc.

Il n'est pas impossible d'obtenir du Parlement l'interprétation de la loi sur les syndicats professionnels, il y a un précédent incontestable. En 1872 (?), M. Dufaure ayant besoin d'augmenter nos revenus, fit voter une loi d'interprétation sur les locations verbales. Il s'exprimait à peu près en ces termes : « Actuellement, tout bail doit être enregistré et acquitter les droits; jusqu'ici, on n'a pas appliqué la loi pour les locations, « purement verbales; » nous venons demander une loi qui confirme le droit de l'administration. A la rigueur, nous pourrions nous en passer, mais nous voulons éviter toute discussion, etc... » Il suffirait donc que nos confrères de la Chambre ou du Sénat prissent en main les causes des syndicats médicaux ou que le ministère présentât un projet de loi susceptible d'être voté, pour ainsi dire, sans discussion.

Mais la seconde solution ne nous déplairait nullement, soit que, suivant l'idée émise par un certain nombre de confrères et défendue énergiquement par M. Surmay (de Ham), on instituât un ordre de médecins, soit qu'on créât une véritable Académie de médecine dont les membres seraient élus par le corps médical tout entier et pour un certain nombre d'années seulement, dix ans par exemple. Les élections auraient lieu tous les ans et les votes pourraient être exprimés par lettre recommandée.

Une assemblée ainsi constituée aurait certainement une influence extrêmement considérable à tous les points de vue. Comprenant des hommes éminents et indépendants que seuls leurs travaux scientifiques auraient fait connaître, cette Société n'aurait aucun préjugé à ménager; il ne s'agirait pas avant tout pour les candidats de plaire à tel académicien, de ne pas déplaire à tel autre afin de se ménager des suffrages. On ne pourrait tromper le corps médical en entier ou le conquérir par de succulents dîners ou de grandes réceptions. D'autre part, le temps pour le-

(1) Notre honorable confrère nous permettra de n'être pas de son avis; les syndicats continueront à vivre comme par le passé et à rendre aux médecins d'incontestables services. A. B.-D.

quel serait nommé chaque académicien étant limité, les non-valeurs, les retardataires, les paresseux seraient éliminés.

Par déférence pour les services rendus, le titre de membre honoraire pourrait être conféré; mais l'assemblée ne comprendrait que des confrères actifs, ni trop vieux, ni trop jeunes, susceptibles de s'occuper sérieusement de leur besogne. Notre Académie actuelle, quelle que soit sa haute valeur, est trop en dehors du corps médical et s'est placée elle-même trop au-dessus des modestes praticiens qui constituent l'immense majorité des 18,000 médecins français, pour aspirer à jouer le rôle que nous voudrions voir remplir par l'Académie, le Syndicat ou comité médical central. Notre Académie de médecine n'est guère qu'une société scientifique analogue à toutes celles qui existent et qui n'en diffère que parce que quelques attributions officielles lui ont été assignées.

Quant à l'Association générale des médecins, son rôle est assurément des plus utiles, mais son organisation serait complètement à changer. Elle est pour ainsi dire muette toute l'année. Il nous faut un centre, un lien, une réunion où tout médecin soit chez lui, puisse prendre la parole sans être traité comme un instrus (1).

Malheureusement, nous manquons d'initiative et surtout de persévérance, parce que nous sommes absorbés par le travail quotidien; les journalistes remuent les idées, il leur vient quelques adhésions; mais lorsqu'il s'agit d'aboutir, on rencontre une indifférence apparente qui décourage les mieux intentionnés. C'est dès la sortie de l'école que le jeune médecin devrait s'intéresser à ces questions, dont on ne comprend l'importance que plus tard. Pour cela, il faudrait qu'il y fût encouragé, et nos maîtres, hélas! dédaignent beaucoup trop la déontologie médicale.

Une autre enquête est nécessaire. Nous faisons appel à votre expérience relativement aux rapports des médecins avec les sociétés de secours mutuels. C'est encore là une question d'un intérêt immédiat. La mutualité s'organise actuellement de toutes parts. Et le mode de fonctionnement des nombreuses sociétés qui se développent et prospèrent est tel que le prix des visites s'abaisse parfois, et suivant le système mis en usage pour l'évaluation et le payement des honoraires, à un taux trop minime.

Nous avons cherché un moyen pratique de remédier aux abus qui résultent des relations du médecin avec les sociétés de secours. Malheureusement, les dispositions des statuts de ces sociétés dverses, qui sont relatives à la réglementation du service médical, sont si variables, et dans les organisations qui se rapprochent, il y a de telles nuances, que nous ne saurions encore tirer de nos documents sur cette matière quelque indication générale pouvant vous être sérieusement utile.

Nous vous demandons vos communications sur ce sujet.

Messieurs, arrivés au terme de notre mandat, nous nous félicitons des rapports pleins de courtoisie qui n'ont cessé d'exister entre le Syndicat et l'Association des médecins du Rhône, dont il émane.

Maintenant nous vous livrons nos actes, et nous les soumettons sans crainte à votre jugement. Nous pouvions faire autrement, mais non plus. En acceptant la direction de vos affaires, notre vœu le plus cher était de créer pour notre Syndicat naissant des traditions qui en fissent un jour la force et la grandeur. C'est à vous de dire si nous ne préjugions pas trop alors de notre activité, et si nous ne nous sommes pas égarés dans un dessein trop ambitieux.

Dr Rochas, Secrétaire.

(1) A l'Académie, dans la plupart des sociétés (Société médicale des hôpitaux, de chirurgie, etc.), on ne répond pas à un docteur qui n'est ni titulaire, ni correspondant, ni associé, qui *lit* une communication.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'exercice de la pharmacie

Une nouvelle proposition de loi vient d'être déposée à la Chambre sur l'exercice de la pharmacie. Personne, à dire vrai, ne s'attendait à la trouver très libérale, pourtant on pouvait croire que justice serait faite enfin de certaines mesures que seuls, les pharmaciens s'obstinent à considérer comme indispensables et que repoussent à la fois le public et le corps médical. Il n'en est rien, et pour la millième fois il faut répéter que seuls les intérêts des pharmaciens ne sont pas en jeu dans la réglementation de l'exercice de la pharmacie.

La médecine aux médecins, la pharmacie aux pharmaciens peut paraître un axiôme indiscutable aux esprits qui auraient avant tout à formuler des principes aussi simples qu'implacables. La pratique exige autre chose, et, quoi qu'en puissent penser ceux qui, se proclamant hautement des savants, songent principalement à leur petit commerce, le corps médical est fondé à donner son avis en la matière.

Si le pharmacien vend des médicaments, le médecin les emploie et c'est à lui qu'incombe la responsabilité des effets qu'ils produisent; lui seul est en mesure de déterminer leur indication ou leur contre indication, lui seul, en un mot apprécie leur valeur thérapeutique. Or, le médecin est

précisément le seul dont ne se préoccupent point les réformateurs.

On proclame bien haut le droit qu'a le public de se soigner à sa guise, d'avaler pilules ou potions sans l'avis du médecin — peut-être l'intérêt de ce public dont on se fait le champion est-il celui dont on se soucie le moins, mais c'est là une manière détournée de donner carte blanche au pharmacien et il n'est pas malhabile de cacher sous une étiquette de libéralisme une revendication qui n'a rien de commun avec les idées de liberté et qui ne tend qu'à établir en faveur du pharmacien un monopole exclusif, car si on concède le droit de se passer du médecin on a soin de proclamer le pharmacien obligatoire..... sinon gratuit.

Nous n'avons, qu'on le croie bien, aucune pensée d'hostilité contre le corps pharmaceutique qui doit être notre auxiliaire; — nous voudrions que d'une entente commune entre médecins et pharmaciens sortit une réforme féconde de l'exercice de la pharmacie et, si nous élevons une protestation, c'est seulement contre l'esprit d'exclusivisme montré par les pharmaciens.

Dans une loi sur l'exercice de la pharmacie, il est des prescriptions dont nous n'avons aucunement à nous occuper comme médecins ; s'il nous arrive de les critiquer, c'est *comme public* que nous pouvons le faire, et notre avis n'a d'autre valeur que celui de toute personne qui porte intérêt à une profession dont tout le monde est justiciable. Mais il est d'autres mesures qui sont d'ordre médical autant que pharmaceutique et celles-là nous prétendons avoir le droit de les examiner et de les juger.

Telle est, par exemple, la délivrance des médicaments.

La proposition de loi donne au pharmacien le droit de livrer sous sa responsabilité *toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit* pourvu que ce soit *sur la demande expresse de l'acheteur* et que ce médicament *porte sur l'étiquette le non de la substance ou des substances qui en forme les bases.*

Seules font exception les substances vénéneuses qui seraient nominalement désignées dans un réglement d'administration publique.

Eh bien! nous n'hésitons pas à dire que c'est là une mesure aussi absurde qu'inadmissible!

Nous connaissons l'objection qui nous sera faite: Comment! nous dira-t-on, un malade n'aura pas le droit, sans passer sous les fourches caudines de la consultation médicale, de se procurer 40 grammes d'huile de ricin, un demi litre de vin de quinquina ou pour deux sous de cérat! mais vous voulez exploiter le public !

Nous concédons le bien fondé de l'objection et nous renonçons bien volontiers à la prétendue exploitation du public, mais nous rappelons aux pharmaciens l'adage : *est modus in rebus.*

Si le client peut se procurer, quand et comme il l'entend, cérat, quinquina, racine de guimauve ou fleurs pectorales, il ne s'en suit pas nécessairement que le pharmacien ait le droit d'exercer la médecine, et nous prétendons que c'est exercer la médecine que délivrer une foule d'autres médicaments qui pourtant ne figurerent pas sur la liste des substances vénéneuses prévue par le réglement.

L'opium figurera sur la liste des substances vénéneuses — le pharmacien ne délivrera-t-il jamais, sous sa responsabilité, de médicaments contenant de l'opium ? Il dira, nous le savons, qu'il tiendra compte de la dose et que, s'il ne refuse pas le sirop Diacode, il sera incorruptible s'il s'agit de laudanum — cela ne peut nous suffire. D'ailleurs la loi ne peut donner au pharmacien un droit d'appréciation des doses et des effets légitimant ici le refus, là la délivrance d'un même médicament: elle doit autoriser ou défendre, il n'y a pas de milieu.

De plus tout ce qui ne sera pas défendu sera par cela même autorisé, et il faut se défier des erreurs, des oublis et même des découvertes postérieures à l'établissement de la liste.

Ce qui est possible, utile et même nécessaire, nous ne craignons pas de le dire, c'est que la loi autorise le pharmacien à délivrer librement certaines substances inoffensives, celles qu'il met en avant pour masquer son incroyable prétention de tout délivrer, celles qu'il délivre actuellement d'ailleurs sans que personne songe à lui chercher noise. Ces substances ou ces médicaments seront nommément désignés par un règlement d'administratration publique et s'il se glisse quelque omission, l'inconvénient sera moindre, on en conviendra, qu'avec le système opposé.

Donner à un acheteur du quinquina, de la gentiane, de l'éther ou de la glycérine ce n'est pas exercer la médecine — il n'en est pas de même des médicaments dont la remise nécessite *quelques petits conseils* sur le mode d'administration.

Nous avons la conviction que ce système donne satisfaction à ce que les revendications des pharmaciens ont de légitime et qu il satisfait en même temps le public qu'il protège. Mais nous avons la conviction qu'il n'aura pas l'heur de plaire aux pharmaciens dont le péché mignon est de croire qu'ils peuvent faire de la médecine aussi bien et même mieux que les médecins.

Dussions-nous ne jamais nous entendre, nous ne pouvons aller plus loin, car nous n'admettons pas que les droits du corps médical soient lésés pour le seul avantage des pharmaciens.

S'il n'existe pas de pharmacie, par qui seront délivrés les médicaments.

Par le médecin, c'est évident — lui seul peut le faire.

Il n'y a donc aucune raison pour limiter ce droit *au seul cas de péril urgent*, comme le fait la proposition de loi, ni aux seuls *malades près desquels est appelé le médecin.*

Que le médecin ne puisse tenir officine ouverte, personne n'y contredit, mais il est absurde de ne pas autoriser le médecin à donner le médicament à un consultant alors qu'il peut le donner au malade qu'il visite.

Le médecin donnera, quand il n'y aura pas de pharmacien dans la commune, ses médicaments comme il l'entendra, et, en ce faisant, il agira *sous sa responsabilité* tout comme le pharmacien pourrait le faire et peut-être avec plus de compétence.

Une distance de 6 kilomètres imposée par la loi n'est pas moins ridicule. Pourquoi six plutôt que cinq ou que sept? comptera-t-on par les routes ou à vol d'oiseau? Une borne kilométrique ne saurait empêcher dix mètres en deça ce qui sera permis, dix mètres au delà, et d'ailleurs l'intérêt du malade —on sait que c'est le seul qui est en jeu— veut que ces distances légales n'existent pas.

Mais nous allons plus loin, il faut que le médecin, en cas d'urgence absolue cette fois, puisse délivrer librement dans tous les cas *certains médicaments* : il faut qu'il puisse faire une injection hydopermique, donner du sulfate de quinine, du laudanum, etc. . . . . L'intérêt du public — c'est toujours de lui qu'il s'agit — veut que le médecin ne soit pas obligé d'attendre une heure en présence d'un cas de fièvre pernicieuse, d'une colique atroce, ou d'une hémorrhagie pressante.

En ce faisant, le médecin exerce-t-il véritablement la pharmacie?

Non, car la pharmacie n'est pas simplement la délivrance du médicament, c'est avant tout sa préparation et force est bien au médecin de s'adresser à un pharmacien pour se procurer le médicament qu'il donnera le cas échéant.

Il est bien d'autres questions à examiner encore, elles feront l'objet d'un examen ultérieur.

Le médecin, nous l'avons dit, délivrera les médicaments à ses malades toutes les fois que, dans la commune, il ne se trouvera pas d'officine ouverte; et à ce propos, il convient d'insister sur la suppression d'une distinction qu'avait établie la jurisprudence: Le médecin pouvait fournir les médicaments dans une commune dépourvue de pharmacie, *s'il habitait lui-même une commune dépourvue de pharmacie*; il n'en avait pas le droit *s'il habitait une commune où existait une officine.*

Le droit sera égale du moment que dans la commune où habite le malade il n'existera pas d'officine ouverte.

Dans tous les cas, s'il y a urgence, le médecin délivrera les médicaments au malade qu'il visitera, ou chez lui, la nuit par exemple. Et cette mesure se justifie amplement par l'intérêt du malade; — la nature des médicaments qui pourront être ainsi délivrés, laudanum, ergotine, sulfate de quinine, ipécacuanha, etc..... suffit à expliquer ce que nous voulons dire.

Mais ce n'est pas tout encore, et il y a un cas dans lequel le médecin doit être absolument libre, nous voulons parler du cas où le pharmacien n'a pas ce qu'on lui demande.

Le pharmacien, tout le monde le sait, devient de plus en plus commerçant; il ne prépare plus ni extraits, ni teintures, qu'il se procure à meilleur compte, dans les grandes maisons qu'on trouve à Paris et dans les principales villes: il achète en gros ses dragées, ses capsules, ses granules et se borne à les revendre en détail.

Ce mode de faire, auquel nous nous conformons volontiers et contre lequel il serait inutile de protester, donne au médecin le droit de choisir la marque de fabrique qu'il lui plaît, et celle-ci n'est pas toujours celle que préfère le pharmacien. Dans une grande ville, l'inconvénient est mince, et ce que n'a pas un pharmacien, on le trouve chez un autre; — mais, dans un chef-lieu de canton où il n'y a qu'une officine, le médecin ne peut recourir ailleurs, il n'a pas le droit d'exiger que le pharmacien ait la marque X. plutôt que la marque Y. bien que souvent, pour lui, les deux marques ne soient pas équivalentes; lui imposera-t-on le choix du pharmacien?

Les exemples sont nombreux; tous nous connaissons du sulfate de quinine qui agit et du sulfate de quinine qui n'agit pas, du salicylate de soude qui agit et d'autre qui n'agit pas; nous savons que les alcaloïdes allemands ne valent pas les alcaloïdes français; que les alcaloïdes amorphes sont moins actifs que les alcaloïdes cristallisés etc., nous trouvons dans certains cas avantage à employer des capsules à enveloppe de gluten, dans d'autres des capsules gélatineuses, nous préférons les granules homogènes et bien dosés anx granules faits mécaniquement à la turbine etc... etc... Nous avons le droit de n'user près de nos malades que des produits qui nous plaisent. Si donc l'unique pharmacien, pour des raisons à lui connues et qui nous importent peu, n'a pas ou ne veut pas avoir les marques qui nous inspirent confiance, nous fournirons ces marques.

C'est là pour nous un droit absolu.

La question des remèdes secrets est encore une question médicale autant que pharmaceutique, elle n'est pas visée dans la proposition de loi d'une manière explicite.

Les remèdes secrets doivent être interdits. Tout médicament qui n'est pas préparé sur formule délivrée par le médecin, et par conséquent toute spécialité pbarmaceutique, doit porter sur son étiquette le nom et les doses des médicaments actifs qu'il renferme.

Certains pharmaciens spécialistes, ceux qui ont des produits vraiment recommandables sont entrés dans cette voie et nous connaissons tous les médicaments, sirops, solutions, pilules, etc.. pour lesquels nous sommes complètement édifiés., Que le préparateur ne divulgue ni son mode de préparation, ni le tour de main par lequel il évite telle ou telle difficulté, — rien de mieux —; mais il ne doit pas nous induire en erreur en nous laissant ignorer la présence dans les médicaments d'un principe actif, et il ne nous suffit pas qu'il dise sirop pectoral, vin antihydropique ou élixir antiglaireux, quand bien même son prospectus mentionnerait les indications et les doses, puisqu'en cette matière il est absolument incompétent.

Si la grande majorité des pharmaciens n'était atteinte du *prurigo medicandi*, nous n'aurions pas besoin d'insister. Le diplôme de pharmacien témoigne que la société peut avoir dans M. X. une confiance suffisante, qu'il ne se trompera pas de bocal et ne donnera pas de l'acide oxalique pour du sel de sedlitz, qu'il préparera convenablement tel sirop, tel extrait, telle teinture. — Mais il ne dit rien de plus, et c'est pousser l'extension à un degré par trop exagéré que vouloir lui faire signifier que le même M. X. connaît les effets physiologiques et thérapeutiques du médicament qu'il a su si bien préparer.

Les indications et les contre-indications d'un médicament ne sont pas des recettes à l'instar de celles du *Cuisinier français*, on ne dit pas : *pour faire cesser tel mal, prenez tel médicament* comme on dit : *pour faire un civet prenez un lièvre*, et, le pharmacien sût-il par cœur tous lss traités de thérapeutique depuis le *Trousseau* et *Pidoux* jusqu'au *Dujardin-Beaumetz* en passant par le *Gubler*, il serait aussi ignorant de la médecine qu'il l'est actuellement.

S'il avait fait des études médicales et fréquenté l'hôpital, il saurait que la maladie n'existe pas et n'est qu'une conception de l'esprit destinée à faciliter l'étude et le langage; il saurait qu'il n'y a que des malades présentant l'un tel symptôme et l'autre tel autre; il saurait enfin que tel pneumonique présente des indications thérapeutiques absolument différentes de tel autre malade également pneumotique. Or, s'il savait cela, il comprendrait ce qu'à de ridicule sa prétention de faire de la médecine.

Et que les pharmaciens ne viennent pas nous répondre que nous tombons dans la même ornière et que nous voulons faire de la pharmacie alors que nos études ne nous y autorisent pas. — Nous ne préparons rien, et c'est la préparation qui véritablement constitue la pharmacie.

Si nous délivrons des médicaments, *ces médicaments viennent de chez un pharmacien* qui n'a que le seul tort de n'être pas toujours le pharmacien du coin, et, tout aussi bien que le pharmacien, nous savons ne pas confondre le sous-nitrate de bismuth et la poudre de quinquina. Nous exécutons la formule,mais le pharmacien est-il fondé à dire que lui seul, personnellement, est apte à faire dissoudre 6 grammes de bromure de potassium dans 200 grammes d'eau distillée et à incorporer un gramme d'extrait de belladone dans 30 grammes d'axonge? — Il faudrait qu'il ne se déchargeât jamais de ce soin sur son élève, sur sa femme ou sur son domestique ; il faudrait enfin que jamais on ne vît sortir de chez un pharmacien, comme nous l'avons vu, de l'onguent napolitain où le mercure était avantageusement remplacé par la poudre d'ardoise pilée !

L'inspection de la pharmacie est encore une question. Les pharmaciens veulent un inspecteur

départemental, ancien pharmacien et fonctionnaire assermenté. Nous préférons, nous, l'état de choses actuel, c'est-à-dire la commission de trois membres où l'élément médical est représenté très utilement.

Une loi qui tiendrait compte des observations que nous avons présentées serait-elle parfaite ? — Non assurément et elle ne répondrait même, nous l'avouons sans peine, que très imparfaitement à ce qui est notre idéal en la matière ; mais elle aurait l'avantage au moins d'être applicable et de créer entre médecins et pharmaciens un *modus vivendi* acceptable, elles ne sacrifierait aucune des deux professions à l'autre et permettrait d'attendre le moment où, la logique triomphant, on ne s'obstinerait plus à séparer des études qui devraient être réunies et où *liberté pour tous* deviendrait la seule formule acceptable.

UN PRATICIEN.

A propos du Secret médical.

Très honoré confrère,

Dans un des derniers numéros du *Concours médical*, — celui du 9 janvier, — j'ai lu avec satisfaction les conclusions auxquelles s'est arrêté le *Syndicat médical de Coutras*, au sujet de l'établissement en France de la *statistique des causes de décès*.

Cette question, digne d'un aussi grand intérêt, ne pouvait manquer d'appeler mon attention, lorsque j'ai dû rédiger l'article STATISTIQUE MÉDICALE du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Je suis heureux de constater que les conclusions du syndicat médical de Coutras ne diffèrent pas essentiellement des propositions émises par moi dans le dit article.

Il y a un point cependant sur lequel j'ai le regret de ne pas partager la manière de voir de nos confrères de Coutras. « Le Bulletin mortuaire, disent-ils, (conclusion 4º)....ne sera revêtu d'aucune signature ». — Mais alors il perd toute la valeur, quelle garantie, en effet, aurez-vous de l'exactitude des renseignements qui s'y trouvent consignés ? — Mais le secret médical, objectera-t-on ? — Eh quoi ! moi, médecin traitant, j'aurai écrit de ma main, ou fait écrire sur un Bulletin mortuaire que M.... un tel,... demeurant telle rue,... tel numéro,... est mort de *Cachexie syphilitique*, par exemple et, par cela seul que je n'aurai pas signé mon Bulletin, je n'aurai pas enfreint la loi du secret professionnel ? Certes ! il aura été livré au quatre vents le secret professionnel, mais par une main anonyme. Cela est-il digne ?

Ce qu'il faut, c'est que le médecin donne tous les renseignements nécessaires sur le décédé ; que l'exactitude de ces renseignements soit attestée par la signature et que, cependant, il lui soit toujours possible de respecter la loi du secret médical, que je tiens autant que personne en extrême révérence.

Comment arriver à ce résultat ? Admettez que le Bulletin mortuaire devra porter cette annotation :

« Le médecin traitant peut, lorsqu'il le juge indis-
« pensable, laisser en blanc la cause du décès. »

Les Bulletins blancs seront nuls pour la statistique ; ce sera regrettable ; mais il est telles circonstances où le silence est imposé et mieux vaut encore avoir des Bulletins blancs que des Bulletins mensongers. D'ailleurs, dans bien des cas, le médecin pourra tourner la difficulté, — et c'est lui qui en sera seul juge, — soit en indiquant la maladie par son seul numéro d'ordre dans la nomenclature des maladies causes de décès (cette substitution est, paraît-il, mise en usage depuis plusieurs années à Bruxelles et elle a parfaitement rempli le but qu'on se proposait), soit encore en se servant d'une dénomination ignorée du vulgaire. Les appellations nosologiques proposées autrefois par Piorry, pourraient trouver ici une heureuse application.

Telles sont, honoré confrère, les appréciations que me suggère la lecture du compte-rendu de la séance du 6 décembre 1885 du Syndicat médical de Coutras. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien les porter à la connaissance des abonnés du *Concours médical*, dont je suis, pour ma part, un lecteur assidu.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'expression de mes sentiments dévoués. Dr H. REY,

membre du *Concours médical*,
Médecin en chef de la marine à Cherbourg.

Le directeur du BULLETIN DES SYNDICATS
Dr AD. BARAT-DULAURIER.
A Saint-Antoine-sur-l'Isle, par Saint-Seurin-sur l'Isle (Gironde).

Imp. Typ. de M. DÉCEMBRE, 326 rue de Vaugirard.

Huitième année — N° 14 — 3 Avril 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

La Contagion de la fièvre typhoïde a été de nouveau abordée à la Société des hôpitaux (26 mars). *M. Gérin-Roze* a cité des faits fort intéressants. Sur 580 observations de fièvre typhoïde qu'il a vues dans les hôpitaux Tenon, Bichat et Lariboisière au cours de ces dernières années se trouvent 15 cas où la contagion s'est opérée à l'intérieur des salles sur des individus en traitement pour d'autres maladies, ou sur des infirmiers (7 fois). Mais la contagion ne s'est pas exercée avec la même fréquence dans les trois hôpitaux précités. Sur 204 cas de fièvre typhoïde soignés dans les deux premiers, la contagion n'a pu être incriminée que 2 fois; tandis que sur 178 typhoïsants de Lariboisière, 15 fois la contagion était en cause.

Cette plus grande fréquence des cas déclarés à l'intérieur par contagion à Lariboisière s'explique par ce fait que dans ce dernier hôpital les conditions hygiéniques laissent beaucoup plus à désirer; les latrines sont mal aménagées, en communication facile avec les salles, et surtout l'encombrement y est permanent depuis plusieurs années malgré les réclamations incessantes des médecins. La présence d'un trop grand nombre de chroniques dans chaque salle oblige à ajouter trop de lits supplémentaires ou brancards soit entre les lits, soit au milieu de la salle pour les malades aigus reçus le jour de la consultation par le chef de service ou admis d'urgence chaque jour par l'interne de garde. On comprend combien la mauvaise aération, le rapprochement des lits et l'insuffisance du personnel chargé de donner les soins matériels aux malades peuvent favoriser la contagion.

M. Duguet dans le même hôpital compte 9 cas intérieurs de fièvre typhoïde, dont 2 mortels. Parmi ces neuf individus atteints ainsi de dothiénentérie par contagion trois étaient soignés pour des kystes hydatiques du foie où du poumon.

C'est un point sur lequel nous pensons que M. Duguet, tout en y appelant l'attention, n'a pas assez insisté, et dont nous apercevons le lien avec d'autres faits peu connus et pourtant dignes de l'être davantage. Dans une prochaine étude que nous donnerons sur les rapports de la fièvre typhoïde avec le mauvais fonctionnement antérieur du tube digestif, nous exposerons des particularités qui avaient jusqu'ici échappé à la plupart des cliniciens.

En deux mots, on peut dire que chez tous les sujets dont l'estomac remplit imparfaitement ses fonctions, l'intestin est beaucoup plus facilement envahi que chez d'autres par les parasites grands ou petits qui s'introduisent dans les voies digestives à la faveur de la déglutition des aliments, des boissons et de la salive. Chez les individus atteints de dilatation de l'estomac notamment, on rencontre avec une fréquence singulière le tænia, les lombrics; ces individus paient aussi un tribut remarquable à la fièvre typhoïde dont le microbe pénètre à coup sûr par les voies digestives. Il n'est pas très rare de rencontrer chez les typhoïsants soit le tænia, soit des lombrics, et M. Duguet nous cite des cas où la fièvre typhoïde a frappé par contagion des sujets atteints de kystes hydatiques, autre affection dont le parasite s'introduit certainement par les voies digestives.

Il est probable qu'un estomac sain, ayant sa contractilité musculaire intacte, sécrétant un suc gastrique qui a une teneur suffisante en acide chlorhydrique, peut recevoir souvent impunément des parasites gros ou petits; il les détruit ou les fait passer à l'état de vie latente. On sait que l'acide chlorhydrique est un des bons agents microbicides. Mais, si le suc gastrique n'en contient plus assez, les parasites mor-

bigènes grands ou petits trompent la vigilauce de l'estomac, sentinelle avancée chargée de protéger l'intestin, qui lui, toujours prêt à absorber, ouvre la porte de l'organisme aux parasites en question, s'ils sont absorbables. La conclusion qui découle de cette notion au point de vue de la prophylaxie, c'est qu'il est prudent de ne pas laisser au voisinage immédiat des typhoïsants, les dyspeptiques qui sont plus exposés que d'autres à la contamination.

La question des gras et des maigres, sur laquelle notre romancier Zola a exposé jadis une théorie ingénieuse, incarnant l'égoïsme dans les premiers et l'enthousiasme désintéressé dans les seconds, se montre à la Société des hôpitaux sous un jour different. Il s'agit de savoir si en buvant beaucoup d'eau on augmente ou on ralentit sa nutrition, par suite si les **boissons abondantes, font engraisser ou non.** *M. Debove*, qui a soulevé le débat, il y a quelques semaines, par la communication d'expériences qu'il avait entreprises sur une hystérique suggestionnable, conclut que l'eau ne fait ni engraisser ni maigrir ; il cherche à convaincre ses collègues par des expériences nouvelles, échappant aux critiques qui avaient été adressées aux premières. Ce n'est plus par suggestion qu'il a opéré, ni sur une hystérique ; c'est en collaboration avec M. Flamant, qui a consenti à se soumettre pendant 38 jours à un régime alimentaire peu agréable : viande crue, pain et eau en quantité constante. M. Flamant a maigri d'abord, et cela n'est pas surprenant avec un pareil régime, puis, quand il a eu atteint un poids fixe, il a doublé, triplé sa ration d'eau, sans que son poids ni le taux de l'urée aient varié d'une façon notable. M. Debove a renouvelé l'expérience sur deux autres sujets bien portants sans obtenir de variations proportionnelles à la quantité d'eau ingérée. Il déclare donc à nouveau que celle-ci n'a aucune influence de la nutrition.

Le mécanisme de la formation des **épanchements hémorrhagiques dans le cancer pleuro-pulmonaire** n'est pas encore exactement déterminé. *M. R. Moutard Martin* incline à penser que dans certains cas l'hémorrhagie se fait par celui qu'il a si bien décrit, il y a quelques années, la rupture des vaisseaux fragiles de néo-membranes très vasculaires (pachypleurite hémorrhagique), auquelles donne naissance le processus inflammatoire de la plèvre au voisinage du néoplasme. Que ces épanchements franchement hémorrhagiques puissent ne pas ne se reproduire après un certain nombre de ponctions, comme M. Dieulafoy en a cité un exemple dans la précédente séance, M. Moutard Martin l'admet ; mais il a peine à croire qu'il en puisse être de même dans les cas où l'épanchement est seulement histologiquement hémorrhagique, comme on l'a dit, c'est-à-dire ne contenant que de rares globules rouges, provenant par exsudation d'un néoplasme cancéreux ou tuberculeux. *M. Dieulafoy* pense que le sang peut s'épancher dans la plèvre dès le début de la formation d'un cancer pleural ou pulmonaire par suite d'une fluxion aiguë, d'une sorte de poussée cancéreuse aiguë ; il en serait ainsi à la première période de presque tous les cancers, les hématémèses se voyant surtout au début du carcinome de l'estomac, comme les métrorrhagies au début du cancer utérin, alors que les hémorrhagies deviennent rares ou nulles aux périodes avancées. M Dieulafoy croit que, si le mécanisme des hémorrhagies intrapleurales dans le cancer était uniquement celui de la pachypleurite, elles apparaitraient seulement à une période plus tardive. En tout cas l'évacuation de ces épanchements hémorrhagiques est indiquée comme celle de tous les épanchements pleuraux dès qu'ils déterminent de la gêne, dyspnée, compression d'organes voisins, etc. Ils seront toujours palliatifs, sinon curatifs.

Il y a déjà quelque temps que nous désirons parler avec sympathie de **l'Association générale des étudiants de Paris**, qui s'est fondée, il y a deux ans environ, et qui prospére incontestablement. Nous la croyons appelée à rendre de grands services aux jeunes gens venus de la province et qui manquent en arrivant à Paris de soutien, de relations et d'appui moral. L'Association possède rue des Écoles un local où se trouvent des salles de réunions, de lecture, d'escrime. Sa dernière assemblée générale vient d'être tenue, il y a peu de temps, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur, assisté de MM. Pasteur, Bréal et Lavisse.

Après une allocutiou fortement applaudie du président, M. Pasteur, à qui l'auditoire a fait une ovation enthousiaste, a remercié, en termes émus, la jeunesse des écoles, en la félicitant de ses efforts et s'associant à ses espérauces.

MM. Lavisse et Bréal ont pris ensuite la parole pour donner aux étudiants des encouragements, de bons conseils, et le trésorier, M. Sagnet, a fait connaître la situation financière de l'association.

Au commencement de 1884, l'association comptait environ 500 membres actifs. En août 1885, elle comprenait 455 membres actifs, 102 membres honoraires, et possédait dans sa caisse la somme de 900 fr. Aujourd'hui, 721 membres actifs produisent un revenu annuel de 8,600 fr. ; 194 membres honoraires, un revenu de 2,515 fr. ; si l'on y joint la subvention de la Ville de Paris, les recettes annuelles atteignent le chiffre de 12,000 fr. L'encaisse est de 2,115 fr. Cette progression rapide est la meilleure démonstration de l'utilité de l'œuvre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE (30 mars).

Deux élections. M. *Gallard* est élu membre titulaire dans la section d'hygiène et de médecine légale.

M. *Heurtaux* (de Nantes) est élu membre correspondant national.

M. Giraud Teulon a lu un rapport sur une *théorie de l'accommodation de l'œil aux distances* que M. le docteur Zimmermann avait soumise à l'Académie et qui attribue l'accommodation de l'œil aux distances uniquement à l'action des muscles droits.

Le rapporteur déclare que cette théorie n'est pas

nouvelle et, qu'elle a déjà été démontrée fausse. Elle est notamment en contradiction avec les expériences de Young et de Cramer qui démontrent l'accroissement graduel de la courbure des surfaces du cristallin, surtout de la surface antérieure, lors du passage de la vision éloignée à la vision rapprochée.

La discussion continue sur les *leucomaines et les microbes*.

M. *Leblanc* prend la parole au point de vue vétérinaire. Les découvertes de M. Gautier doivent d'abord faire proscrire absolument la viande des animaux malades. L'immense service rendu à l'agriculture par la vaccination charbonneuse de Pasteur n'est pas contestable. Mais il n'est pas prouvé que toute maladie contagieuse soit causée par un microbe. Si on a trouvé celui du charbon, de la morve, du choléra des poules, du rouget des porcs, on ne connaît pas encore ceux de la rage, de la péripneumonie des bêtes à cornes, du cowpox et du horsepox, de la clavelée, du typhus du cheval, etc. On a, par contre décrit des microbes dans des maladies qui ne passent pas pour contagieuses telles que la fièvre paludéenne et l'endocardite ulcéreuse.

M. Leblanc trouve qu'on invoque trop souvent la prédisposition individuelle s'étendant même de l'individu à la race pour expliquer que les organismes pathogènes ne puissent créer la maladie qu'à la faveur des causes occasionnelles. Il croit qu'on abuse aussi trop de la croyance à la durée illimitée de l'incubation des maladies contagieuses. M. Leblanc n'admet pas plus en médecine vétérinaire qu'en médecine humaine que la pneumonie a frigore soit due à la présence d'un germe vivant. M. Leblanc admet comme M. Peter qu'il existe des maladies créées par le surmenage et, en médecine vétérinaire, il en connait trois qui, causées par le surmenage, sont cependant contagieuses, la peste bovine, la fièvre du Texas, et une affection aujourd'hui disparue, qui ressemblait à la fièvre charbonneuse sauf la présence du microbe dans le sang.

M. Leblanc divise les maladies contagieuses des animaux en deux catégories : celles dont la spontanéité est douteuse, comme la morve et la rage, parce qu'on n'a pu démontrer la durée illimitée de leur incubation, celles dont la spontanéité lui paraît évidente, gourme du cheval, et qui sont cependant contagieuses.

M. Leblanc exige, pour être convaincu de la valeur pathogénique des soixante germes spéciaux à soixante maladies, qu'on lui indique avec précision le moment d'absorption de chacun d'eux et la durée de l'incubation.

« En résumé, d'après la doctrine nouvelle, vous pouvez posséder en vous mêmes tous les germes de toutes les maladies spécifiques sans prendre aucun souci de leur présence, pourvu que vous évitiez toute sorte de cause occasionnelle. Dès lors toute la médecine se réduit à une question d'hygiène ; malheureusement il est bien des circonstance où bêtes et gens sont forcés de violer ces règles aussi bien que celles de la police sanitaire, car il faut tenir compte de la contagion même en admettant dans une juste limite la prédisposition.

On peut espérer, d'après les doctrines nouvelles, que, quand l'hygiène sera parfaitement observée sur toute la surface du globe, les germes auront beau être présents dans l'air, dans l'eau, dans la terre et à sa surface, ils resteront stériles et l'on verra épidémies et épizooties s'éteindre faute de sujets ayant la prédisposition nécessaire. Mais pour le moment M. Leblanc craint que les propriétaires d'animaux, ne comprenant qu'imparfaitement les doctrines nouvelles, et ayant une confiance unique et exagérée dans le pouvoir préservateur des vaccins, ne négligent désormais le régime, les soins, l'hygiène des animaux.

M. Leblanc ne conteste pas la valeur des vaccins ; mais Jenner avait découvert celui de la variole avant que la preuve eût été faite de la nature vivante de la contagion, et Pasteur n'a justement pas trouvé ce microbe de la rage dont il réussit à arrêter l'évolution au milieu de la période d'incubation.

D'autre part on pratique depuis 20 ans l'inoculation du virus de la pleuro-pneumonie contagieuse sans avoir jamais réussi à en arrêter le cours.

M. Leblanc termine son discours en disant que la doctrine parasitaire ne peut rendre compte de la genèse de toutes les maladies infectieuses, et pourtant « il est un terrain neutre où peuvent se rencontrer et ceux qui admettent l'innocuité du microbe quand manque soit la cause occasionnelle, soit la prédisposition, et ceux qui croient trouver en dehors du germe vivant l'origine de certaines maladies infectieuses dans des modifications de l'organisme ; ce terrain, c'est l'hygiène publique dont cette discussion aura eu au moins pour résultat de faire ressortir l'importance considérable et sans cesse grandissante. »

M. Tillaux répond par des chiffres à ceux que M. Lefort avait cités dans l'avant-dernière séance au sujet des amputations de cuisse. Celui-ci a eu tort de ne pas faire de distinctien au point de vue des avantages de l'antisepsie entre les amputations de cause traumatique et les amputations nécessitées par des maladies telles que tumeurs blanches, caries, etc. Que peut faire l'antisepsie dans les amputations succédant à des traumatismes étendus, tels que ceux qui résultent des accidents de chemins de fer? Au contraire elle est toute puissante dans les opérations faites pour des causes internes chez des gens dont la santé générale n'a pas reçu une atteinte récente et profonde. En 1883 à Beaujon M. Tillaux a fait 8 amputations de cuisse : sur 2 de cause traumatique, il a perdu les 2 opérés ; sur 6 de cause pathologique, il a compté 6 guérison.

M. Le Fort a raconté qu'ayant amputé deux malades il avait laissé leurs plaies opératoires au contact de l'air et que celles-ci avaient cependant guéri : M. Le Fort en conclut que l'air ne contient pas de germes.

Ce fait prouve simplement qu'il n'y a pas de germes d'infection purulente dans la salle où étaient placés ses opérés pendant le temps où ils y ont séjourné, ou bien encore que ces deux sujets n'étaient pas en état de réceptivité. Mais voilà tout ce qu'on peut conclure, et combien est plus démonstrative en sens contraire l'histoire du pansement ouaté.

Alph. Guérin perdait presque tous ses opérés, il a

l'idée d'instituer son pansement à l'ouate pour filtrer l'air, ainsi que Tyndall l'avait montré dans ses expériences de physique. De ce jour presque tous ses opérés guérissent et tous les chirurgiens qui l'imitent obtiennent d'aussi beaux résultats.

M. Tillaux termine par l'énoncé de son *credo chirurgical* : Les accidents des plaies résultent du contact des germes apportés à leur surface par l'air extérieur. Ces accidents, lorsqu'ils se produisent, peuvent toujours être expliqués par une faute qui a été commise ou qui n'a pu être évitée. Par conséquent il est toujours au pouvoir du chirurgien de préserver ses opérés de ses accident.

M. Lefort reprend la parole pour déclarer qu'il n'a jamais nié les bienfaits de l'antisepsie ; mais qu'il continue à croire que la transmission de l'infection purulente comme celle de la fièvre puerpérale se fait grâce au transport des germes par les instruments, les pansements ou les mains et non par l'air, et qu'en admettant même la contagiosité de la fièvre puerpérale et de l'infection purulente dans la grande majorité des cas, elles peuvent quelquefois naître spontanément.

Académie des Sciences.

Sur les poisons qui existent normalement dans l'organisme et en particulier sur la toxicité urinaire, par M. Ch. Bouchard.

Les principes chimiques constitutifs de l'organisme des animaux, tous utiles et indispensables, peuvent tous devenir nuisibles quand ils se trouvent hors de la proportion normale. Ainsi l'oxygène, l'eau, le chlorure de sodium tuent quand ils sont introduits en excès.

L'homme est, comme les autres animaux, incessamment traversé par des poisons venus de sources diverses, introduits ou formés dans son corps. Et cependant, à l'état normal, il ne s'empoisonne pas, car il est prémuni contre cette intoxication, toujours imminente, par trois causes principales : 1° Les oxydations intra-organiques qui détruisent certains poisons; 2° le foie, qui en arrête et en détruit d'autres ; 3° les émonctoires, qui en excrètent la plus grande partie.

On peut physiologiquement apprécier le degré de toxicité des poisons qui traversent l'organisme, en déterminant expérimentalement le degré de toxicité des matières expulsées par chaque émonctoire, c'est-à-dire en calculant quelle masse de matière vivante peut être tuée par les matières qu'élimine, en un temps donné, chaque organe d'excrétion. J'appelle *toxie* l'unité toxique, terme de comparaison indispensable pour cette recherche, c'est-à-dire ce qui est nécessaire pour tuer un kilogramme de matière vivante. Je me suis servi toujours pour mes estimations de la même matière vivante : le lapin, et de la même méthode d'expérimentation : l'injection intraveineuse pratiquée rapidement dans des temps sensiblement égaux. Suivant que j'apprécie le nombre d'unités toxiques éliminées en un temps donné par les excrétions biliaire, intestinale, cutanée, urinaire, je désigne ces unités sous les noms de cholétoxie, coprotoxie, dermotoxie, urotoxie. Par cette méthode ne peut naturellement être étudiée l'unité toxique de l'exhalation pulmonaire ou pneumotoxie.

Aujourd'hui j'étudierai la toxicité des matières qui sont éliminées par la sécrétion urinaire.

Après l'injection intra-veineuse de 10, 12, 15 centimètres cubes d'urine normale apparaît une contraction de la pupille qui s'accentue jusqu'à rendre celle-ci punctiforme. Bientôt on note l'accélération des mouvements respiratoires avec diminution de leur amplitude, puis l'indécision des mouvements et la somnolence, l'augmentation de la sécrétion urinaire et la fréquence des émissions d'urine. La température baisse par diminution de la calorification, à tel point que l'hypothermie peut parfois expliquer la mort. On constate la diminution des réflexes palpébraux et cornéens, souvent l'exophtalmie. La mort arrive sans convulsion, en général, ou avec des secousses musculaires modérées, ou dans des conditions déterminées avec opisthotonos. Les battements du cœur persistent quelque temps, ainsi que la contractilité musculaire. La pupille reste étroite ou quelquefois se dilate.

Si la dose d'urine injectée suffit pour produire le coma et non la mort, l'animal reste en résolution, respirant faiblement, réfrigéré, avec myosis et émissions d'urine toutes les deux minutes. On constate une extrême dilatation des vaisseaux superficiels. Puis la torpeur diminue, la calorification remonte, la pupille se dilate. Au bout d'une demi-heure, l'animal est redevenu et reste bien portant. L'albuminurie est rare ou très légère et passagère. Après injections de certaines urines pathologiques, elle est, au contraire, constante et notable ; on peut même voir de l'hématurie.

L'abaissement de la température après l'injection d'urine n'est pas le résultat de l'équilibration des températures du corps et du liquide injecté, mais résulte d'une diminution dans la production de la chaleur animale. En effet, en instituant des expériences comparatives avec l'injection d'eau et l'injection d'urine, j'ai toujours dans neuf expériences constaté l'augmentation de la calorification, après injections de quantités d'eau variant de 10 à 90 grammes par kilogramme d'animal, et, au contraire, presque toujours cinq fois sur six) diminution de la calorification après injections d'urines variant de 10 à 40 cent. cubes par kilogramme.

La quantité d'urine nécessaire pour tuer 1 kilog. de matière vivante est extrêmement variable à l'état normal ; d'autant moins toxique qu'elle est plus diluée, elle peut être moins toxique que l'eau distillée. En moyenne, une urotoxie est représentée par 45 cent. cubes de l'urine normale de l'homme adulte. L'urine ne tue donc ni par action mécanique ni par action physique sur le sang ; elle tue seulement par les matières qu'elle tient en dissolution. Bien que j'aie vérifié qu'elle ne peut tuer par sa réaction acide, je l'ai toujours neutralisée exactement avant de l'injecter.

La détermination de l'urotoxie m'a permis d'établir le *coefficient urotoxique* de l'homme, c'est-à-dire la *quantité d'urotoxies que l'unité de poids fabrique et élimine dans l'unité de temps*. L'homme adulte, bien

portant élimine en vingt-quatre heures, par chaque kilogramme de son poids, une quantité de poison urinaire capable de tuer 464 gr, 5 de matière vivante. Son coefficient urotoxique est donc 0,4645. Calculs faits, l'homme met en moyenne deux jours et quatre heures pour fabriquer la masse de poison urinaire qui serait capable de l'intoxiquer lui-même. A l'état sain, le coefficient urotoxique est presque invariable. Très variable au contraire à l'état pathologique, il peut dépasser 2 et descendre au dessous de 0,1.

Séance du 29 mars 1886.

Sur les variations de la toxicité urinaire pendant la veille et pendant le sommeil, par M. Bouchard.

La toxicité des urines de l'homme sain varie suivant certaines circonstances physiologiques. Elle présente notamment des différences importantes suivant l'état de veille et suivant l'état de sommeil.

En temps égaux, l'homme élimine pendant le sommeil moins d'urine que pendant la veille et ses urines sont à la fois plus denses et moins toxiques. A la fin de la période de veille, à l'instant précis où l'homme s'endort, la toxicité urinaire est au *minimum*. A partir de ce moment, elle augmente incessamment et régulièrement pendant seize heures, d'abord pendant le sommeil, puis pendant la première moitié de la période de veille. Au moment du réveil, l'intensité de la sécrétion toxique est cinq fois plus considérable qu'au début du sommeil; huit heures après le réveil, elle est neuf fois plus grande et se trouve alors au *maximum*. A partir de ce moment, la décroissance commence; elle se fait deux fois plus vite que la croissance et en huit heures elle est revenue au *minimum*, au début d'une nouvelle période de sommeil. Le rapport des quantités de poison éliminées dans ces trois périodes d'égale durée (sommeil, veille matinale, veille vespérale) est comme les nombres 3, 7 et 5.

Au point de vue de leur toxicité, les urines de la veille et les urines du sommeil ne présentent pas seulement des différences d'intensité; elles diffèrent aussi comme qualité. Les urines du sommeil sont toujours franchement convulsivantes; les urines de la veille sont très peu ou ne sont pas du tout convulsivantes, mais elles sont narcotiques. Enfin, les poisons de la veille et les poisons du sommeil sont, de plus encore, antagonistes à ce point que l'un est le contre-poison de l'autre, et pour déterminer le coefficient urotoxique d'un individu, on doit additionner la toxicité totale des urines de la veille et la toxicité totale des urines du sommeil et ne pas opérer sur le mélange des urines de vingt-quatre heures.

M. Vulpian a été élu secrétaire perpétuel en remplacement de M. Jamin, décédé.

Sur les substances toxiques ou médicamenteuses qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine, par M. Hayem.

On sait que le nom de méthémoglobine a été donné à une combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène, combinaison moins oxygénée que l'oxyhémoglobine, mais plus stable. Elle ne peut plus perdre, en effet, son oxygène dans le vide et est incapable d'en gagner quand on l'agite à l'air. Par suite, elle est impropre à l'hématose et quand le sang en renferme une forte proportion, il y a asphyxie.

Les substances qui transforment l'hémoglobine en méthémoglobine sont très nombreuses et agissent sur le sang de diverses manières. J'en fais ici une étude générale et propose de les diviser en deux classes, suivant qu'elles détruisent ou non les globules rouges.

La base principale de cette classification repose sur ce fait, que l'hémoglobine globulaire, c'est-à-dire combinée avec le stroma, n'a pas les mêmes propriétés que l'hémoglobine dissoute dans le plasma. La première a le pouvoir de réduire la méthémoglobine pour refaire de l'hémoglobine qui peut s'oxygéner de nouveau, tandis que la méthémoglobine dissoute reste définitivement dans cet état jusqu'à sa destruction.

Il y a donc deux variétés de méthémoglobine et c'est à cause de cette différence intéressante et fondamentale entre l'hémoglobine globulaire et l'hémoglobine libre qu'un certain nombre de médicaments : le nitrite d'amyle et la kairine, entre autres, sont beaucoup moins dangereux qu'on ne pourrait le craindre. Ils transforment l'hémoglobine dans le globule rouge sans le détruire, et quand on en suspend l'usage, le sang redevient normal en peu de temps.

Les auteurs qui ont étudié cette question à propos de quelques médicaments, et particulièrement des chlorates et des nitrites, ne connaissaient pas cette différence entre les propriétés de l'hémoglobine globulaire et celle de l'hémoglobine dégagée du globule.

VOIES URINAIRES

Traitement de la cystite blennorrhagique.

La cystite blennorrhagique étant toujours une affection secondaire, on doit admettre l'efficacité d'un traitement préventif et insister sur les précautions qui peuvent en conjurer l'explosion. Il suffira pour cela de se rappeler le mécanisme au moyen duquel se propage l'inflammation, c'est-à-dire le passage brusque et forcé de la région membraneuse par le liquide d'une injection ou par une sonde. Si l'on prescrit au malade des injections contre une blennorrhagie, il faudra recommander de n'employer qu'une petite quantité de liquide et de l'injecter lentement et sans violence; quant au cathétérisme, il est inutile, dans l'immense majorité des cas, au début de la blennorrhagie et doit être évité. On mettra également le malade en garde contre toutes les causes qui provoquent les congestions de la région prostatique, telles qu'un excès de boisson ou de fatigue, le coït, la position assise trop longtemps conservée, etc.

Contre la *cystite aiguë* des agents thérapeutiques de deux ordres ont été employés de tout temps : ce sont les antiphlogistiques et les lavages de la vessie avec un liquide modificateur.

Les antiphlogistiques constituent une bonne médication : ainsi une saignée locale, des sangsues appli-

quées au périnée ont souvent produit une notable détente dans l'intensité des symptômes. Il en est de même des bains, généraux plutôt que locaux, des cataplasmes, des boissons émollientes ou mucilagineuses, une infusion de chiendent ou de graine de lin, ou de toute substance douée d'une vertu diurétique ; ces moyens suffisent rarement, et quand ils ne réussissent pas dès les premiers jours, il ne faut pas perdre un temps précieux ni trop attendre avant d'employer un moyen plus efficace dont nous parlerons bientôt.

Les *injections vésicales* représentent à nos yeux une thérapeutique des plus mauvaises. Au cours d'une cystite aiguë, la région du col enflammée, congestionnée peut à peine supporter le contact de quelques gouttes d'urine ; aussi une injection provoque des besoins violents et est expulsée de suite ; si on emploie la violence, le liquide ressortira entre le canal et les parois de la sonde ; en tous cas, il provoquera une vive congestion de la muqueuse et un redoublement de l'hématurie. Dans ces conditions une injection vésicale est inefficace ; si le liquide employé est émollient, calmant, il ne reste en contact avec les parois qu'un temps fort limité et ne peut exercer sur elles une action salutaire ; s'il est modificateur, caustique, on dépasse le but qu'on veut atteindre ; car on irritera le corps de la vessie qui est indemne, sans attaquer avec assez d'énergie le col qui est le siège du mal.

Devons-nous donc rester désarmés en face d'un état aussi cruellement douloureux que la cystite blennorrhagique aiguë ? Nous possédons au contraire un moyen d'une grande efficacité, ce sont les instillations que M. le professeur Guyon a employées le premier et qui ont donné entre ses mains des résultats constamment favorables.

Nous rappellerons en quelques mots le manuel opératoire de ces instillations que tout le monde connaît aujourd'hui. Une petite sonde dont le canal est d'un très faible calibre est terminée par une boule olivaire à l'extrémité de laquelle ce canal vient s'ouvrir. La partie renflée de l'instrument transmet à la main les sensations qu'on recueille en explorant un urèthre et permet de conduire exactement l'extrémité de la boule sur la partie à modifier. Au préalable on a adapté au pavillon de la sonde une seringue de Pravaz de grandes dimensions terminée par une canule effilée. L'instrument une fois chargé et le canal de la sonde rempli de liquide, on pratique le cathétérisme ; on pousse alors le piston et on n'a qu'à regarder la tige graduée pour savoir le nombre de gouttes qui tombent sur la région malade. On atteint sûrement le col et rien que le col ; 10 ou 20 gouttes de liquide ne constituent pas une quantité suffisante pour déterminer les mauvais effets des injections vésicales.

Dans tous les cas aigus nous n'avons jamais employé d'autre liquide, qu'une solution de nitrate d'argent à 1/50. Au moment où les quelques gouttes arrivent au contact de la muqueuse enflammée, une douleur vive se produit et elle se prolonge, atténuée il est vrai, pendant plusieurs heures, mais dans quelques cas la douleur spontanée de la cystite était telle que c'est à peine si le nitrate d'argent y a ajouté quelque chose. D'ailleurs une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine prévient ce redoublement momentané de la douleur. Pendant les premières heures, le saignement augmente ou apparaît, phénomène qui effraye souvent malade et médecin, mais qui ne doit pas faire renoncer à ce traitement. En effet, dès la 2e ou 3e instillation, les douleurs diminuent ou cessent et le sang disparaît. 10 à 20 gouttes suffisent ordinairement. Le titre de 1/50 ne saurait être augmenté sans danger et nous avons été témoin d'une hématurie abondante et prolongée à la suite d'une instillation à 1/30. Il faut laisser au moins 48 heures d'intervalle entre 2 instillations, 6 à 8 suffisent dans la plupart des cas.

Pour le traitement de la *cystite chronique*, nous retrouvons les mêmes moyens thérapeutiques. Les antiphlogistiques sont d'une efficacité bien douteuse; les boissons diurétiques trouvent pourtant encore ici leur indication. Les injections vésicales sont maintenant possibles ; car la vessie, bien qu'intolérante, peut contenir une quantité assez notable de liquide. Mais l'objection faite il y a un instant subsiste, le lavage s'adresse surtout au corps de la vessie qui n'est pas malade et reste sans action sur la région cervicale enflammée. Ces injections ne sont pas d'ailleurs sans danger; car elles peuvent déterminer dans toute la vessie une congestion assez intense non seulement pour ramener l'inflammation à l'état aigu, mais encore pour lui permettre de s'étendre au delà du col.

A l'intérieur les balsamiques sont indiqués pendant toute la durée de la maladie arrivée à l'état chronique de même que vers la fin de la période aiguë; le copahu, la térébenthine donnent de bons résultats; ce sont les capsules de santal qui nous ont le mieux réussi, à la dose de 6 à 8 par jour.

Signalons enfin l'efficacité de l'hydrothérapie, les affusions d'eau froide, générales ou locales, qui sont d'utiles adjuvants au traitement.

Tous ces moyens parviennent bien rarement à avoir raison de cette maladie dont nous avons signalé la ténacité, qui semble disparaître quelquefois pendant des mois et des années pour se réveiller plus intense et plus aiguë sous l'influence d'une cause extérieure. Il est donc de toute nécessité d'en obtenir la guérison complète : c'est encore aux instillations de nitrate d'argent que nous aurons recours.

Le manuel opératoire est sensiblement le même que pour les cas aigus. Cependant, comme alors la vessie peut contenir une certaine quantité d'urine, il est nécessaire de pratiquer les instillations la vessie étant vide ; autrement le nitrate d'argent, mélangé à l'urine, serait porté sur les points non malades du corps vésical et les objections que nous faisions tout à l'heure aux injections pourraient nous être adressées. Les gouttes du liquide doivent être portées non seulement sur le col, mais aussi sur l'urèthre prostatique ; car on sait qu'il n'y a pas de cystite cervicale sans uréthrite profonde.

Les phénomènes douloureux ne sont pas ordinairement des plus intenses, mais très variables suivant les individus, suivant aussi le degré de torpeur de l'inflammation. En général c'est une sensation de chaleur, de brûlure plus ou moins diffuse qui se pro

longe pendant plusieurs heures, accompagnée d'un besoin assez impérieux d'uriner. Après la première instillation on remarque souvent une légère suracuité des symptômes pendant vingt quatre heures; miction plus fréquente, dépôt plus abondant dans l'urine, quelquefois un peu de sang surtout à la fin de la miction; à la 2e ou 3e instillation, ces phénomènes disparaissent ou s'atténuent. La guérison ne s'obtient pas toujours immédiatement, et après un certain nombre d'instillations il arrive que les progrès s'arrêtent; il est bon alors de modifier le titre de la solution.

On devra toujours commencer par une solution à 1/50; car elle suffit le plus souvent et on est certain ainsi de ne pas produire d'accidents, mais, si les symptômes ne s'amendent pas, des solutions à 1/30, 1/20, 1/10 pourront être employées. Avec cette dernière il faut s'attendre à une réaction vive, à des mictions fréquentes et douloureuses, à la production d'un dépôt abondant et enfin à une hématurie temporaire, mais constante et notable. Aussi est-ce là à nos yeux une limite qu'on ne doit pas dépasser. Cette réserve s'impose d'autant plus que, dans les cas tenaces qui obligent à employer des solutions concentrées, la blennorrhagie n'est pas toujours seule en cause et qu'elle masque le développement de tubercules : or, dans ces cas, la violente inflammation que produit le nitrate d'argent peut être funeste et faire passer à la période d'état une maladie restée silencieuse jusque là.

Nous avons essayé d'employer en instillations d'autres substances : le sublimé, l'iodoforme, la cocaïne.

Nous avons renoncé bien vite au sublimé; une solution de 1/200 produit les douleurs très vives et les effets sont inférieurs à ceux du nitrate d'argent.

L'iodoforme a mieux réussi; les substances qui le dissolvent le mieux, l'essence de térébenthine et l'éther sont inapplicables ici, les véhicules employés ont été l'huile qui en dissout environ 5 o/o, et surtout la glycérine qui n'en dissout qu'une très faible partie, il est vrai, mais qui peut en tenir en suspension une grande quantité et la laisse déposer sur le col. Cet agent a l'avantage de ne provoquer aucune douleur; il détermine une amélioration, mais lente et peu marquée.

Quant à la cocaïne, nous n'avons pas cherché d'effets définitifs en instillant quelques gouttes d'une solution à 5 o/o; mais on peut ainsi anesthésier suffisamment l'urèthre pour qu'une instillation argentique n'occasionne presque aucune douleur.

En somme, c'est le nitrate d'argent qui nous a donné les meilleurs résultats. Sans en recommander l'emploi à l'exclusion de tous les autres agents thérapeutiques, nous ne pouvons nous empêcher de faire ressortir en terminant la rapidité et la sûreté de son action comme sa constante innocuité.

Dr E. Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

La médecine aux médecins et la pharmacie aux pharmaciens.

Monsieur le Directeur,

Voilà assurément une formule à la fois heureuse, claire et correcte. Et pourtant, dans la pratique, son application est loin d'être simple et facile, elle donne lieu au contraire à des controverses qu'il est peut-être bon d'examiner en ce moment, où Médecin et Pharmacien sollicitent, chacun de son côté et naturellement chacun à son profit, la révision sur l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Je suis absolument d'accord avec le *Praticien*, auteur de l'excellent article publié dans le *Concours* des 6 et 13 mars, en ce qui concerne les pharmaciens. On ne peut pas, on ne doit pas leur permettre de délivrer des médicaments, sans ordonnance. Une telle latitude amènerait inévitablement et à bref délai la disparition du médecin dans les petites localités où il y aurait une officine ouverte.

Du reste, cette prétention n'est pas soutenable, car il faut être logique ; si l'on réclame pour le malade le droit de se traiter à sa guise et sans médecin, il n'y a pas de raison pour l'obliger à prendre ses médicaments chez un pharmacien. Un épicier ou un confiseur ne pourraient-ils pas lui revendre des pilules, des granules ou des sirops des meilleurs fabricants, tout aussi bien qu'un apothicaire diplômé? Certains pharmaciens plus préoccupés de leur intérêt personnel que de l'intérêt véritable du malade croient pouvoir faire de la médecine sans les médecins. Nous croyons en revanche qu'avec l'organisation actuelle de certaines drogueries, il ne serait pas difficile de faire la pharmacie sans le pharmacien.

Mais rassurez-vous, MM. les pharmaciens : loin d'en vouloir à votre monopole, je demanderais à le voir fortifié, et qui plus est confisqué, au profit de l'État, avec limitation du nombre des pharmacies et répartition de celles-ci sur les divers points du territoire, suivant les besoins réels de la population. Je vous attribuerais de beaux appointements, une belle retraite et pas un sou de bénéfice sur vos ventes, qui se feraient au profit de l'État, lequel serait en somme marchand de drogues comme il est marchand de tabacs. Et je crois que les malades des campagnes ne se plaindraient pas de cette innovation. Quant aux médecins, ces brouillons, impatients de tout frein, qui ne sont jamais contents, on répondrait à leurs plaintes en proclamant le libre exercice de la médecine.

Mais revenons à la délimitation des droits réciproques des médecins et des pharmaciens. Nous avons dit que la loi devait refuser absolument au pharmacien le droit de vendre des médicaments sans ordonnance, parce que cette tolérance amènerait infailliblement le pharmacien à se substituer au médecin. Et nous ajoutons que la même loi doit défendre au médecin de faire acte de pharmacien et de se substituer à lui

dans aucun cas. En conséquence, le médecin ne devra délivrer à son client en fait de médicaments que la quantité rigoureusement suffisante pour le temps nécessaire au voyage d'un exprès à la pharmacie la plus voisine. Si on lui permettait d'en délivrer pour un jour entier, il pourrait revenir le lendemain renouveler ainsi la petite provision quotidienne et arriver ainsi en définitive à se substituer au pharmacien.

Mais s'il est facile de protéger le pharmacien, il est malheureusement beaucoup plus difficile de protéger le médecin; il faut avouer que, dans la pratique, il est absolument impossible à un pharmacien de ne pas donner un petit conseil à un client qui vient le consulter parce qu'il n'ose pas aller déranger un médecin pour si peu. Passe pour un avis, mais il faudrait arriver à empêcher le pharmacien de traiter les malades au lieu et place du médecin.

Or, je persiste à croire que mieux vaut délimiter très rigoureusement les deux professions et même édicter des peines très sévères contre les fautifs, que de les enchevêtrer et donner de çi de là certaines tolérances qui deviendraient certainement plus tard une source d'abus et de récriminations de part et d'autre... Et puis, en définitive, nous raillons et avec raison le *Prurigo medicandi* des pharmaciens, mais gardons-nous de tomber dans un ridicule analogue.

Dr Zerrac.

II

A propos du cumul de la médecine et de la pharmacie.

Paris, 3 mars.

Monsieur et honoré Confrère,

Nous avons reçu une circulaire que nous croyons devoir vous communiquer.

Comme les signataires de la lettre de convocation, nous sommes docteurs en médecine et pharmaciens; mais, loin de penser comme eux, nous ne pouvons pas admettre l'exercice simultané des deux professions.

Nous ne signerons donc pas leur protestation contre le paragraphe 2 de l'article 7 qui nous concerne.

Nous sommes exclusivement adonnés aux sciences pharmaceutiques et naturelles, et n'attendons notre pain quotidien que de la pharmacie honnête et bien faite.

Nous vous permettons même, en qualité de directeur du *Concours Médical*, de vous autoriser de nous deux, qui, possédant les deux titres, ne voulons pas cumuler et sommes même disposés à lutter pour la séparation des deux grades.

Veuillez agréer,

Dr Legros, Membre du *Concours Médical*,
Dr Labonne, licencié ès-sciences,
directeurs de la Pharmacie française.

Voici la circulaire dont parlent nos correspondants;

Monsieur et honoré Confrère,

Il est question plus que jamais d'interdire l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie.

Nous croyons que vous êtes comme nous très intéressé dans l'affaire et jaloux de maintenir vos droits.

Nous vous prions de vouloir bien vous trouver à une réunion générale, pour approuver et signer une protestation et pétition contre le paragraphe 2 de l'article 7 qui nous concerne.

Dans le cas où l'objet de cette réunion vous paraîtrait indifférent, nous vous prions néanmoins de vouloir bien faire acte de présence.

Veuillez agréer, monsieur et honoré confrère, nos salutations les plus empressées.

Drs Lavoye, Rochette, Chatenier, Cortot.

III

A qui appartient une ordonnance médicale ?

« Où est votre ordonnance ? — Docteur, le pharmacien ne me l'a pas rendue. — Il fallait la lui réclamer. — Je l'ai fait, mais il a refusé de me la remettre. » — Tel est le langage que nous tiennent quelques-uns de nos clients et tel est le fait que nous nous proposons d'étudier dans cet article. Une ordonnance étant délivrée par un médecin et remplie par un pharmacien, à qui revient cette ordonnance ? Doit-elle demeurer entre les mains du pharmacien, ou doit-elle être remise au malade; et si ce dernier la réclame expressément, peut-elle lui être refusée ?

Aucun texte de loi, aucun réglement administratif ne prévoit la question qui nous intéresse; mais voyons si cette question ne se trouve pas résolue par l'interprétation des faits et des textes que nous possédons.

Et d'abord, n'oublions pas que le malade a payé ou paiera l'ordonnance au médecin qui la lui a délivrée, et qu'en général on est propriétaire de ce qu'on achète. *A priori* donc il semble que l'ordonnance est la propriété du malade et que celui-ci soit en droit de la réclamer au pharmacien.

Cela posé, la *Société de médecine légale* de Paris, consultée sur ce point dans sa séance du 9 avril 1883, a déclaré que l'ordonnance appartient au malade et que le pharmacien n'a d'autre droit, pour garantir sa responsabilité, que d'inscrire l'ordonnance, avec un numéro d'ordre, sur son livre officiel qui doit faire foi en justice.

C'est là une autorité compétente assurément et nous ne croyons pas que personne en récuse les décisions.

Enfin, la justice a eu à interpréter récemment le silence de la loi, et un pharmacien a été poursuivi et condamné pour avoir refusé de rendre à un malade l'ordonnance que celui-ci lui réclamait.

C'est là l'usage constant à Paris; tout pharmacien qui vient d'exécuter une prescription, la rend au porteur, après l'avoir timbrée et numérotée, et l'avoir inscrite sur le registre prescrit par l'ordonnance royale du 29 octobre 1846, article 5.

Pourquoi en est-il autrement chez quelques pharmaciens bordelais, heureusement en petit nombre ? car nous reconnaissons volontiers que beaucoup d'entre eux rendent spontanément toutes les ordonnances, et que plusieurs autres les remettent dès qu'on leur en fait la demande.

Nous avons dû nous informer des motifs qui peu-

vent engager ces quelques pharmaciens trop scrupuleux, à retenir les ordonnances, qu'on leur réclame, et voici la raison principale de ce refus : c'est que si l'ordonnance médicale contient la prescription de quelque substance vénéneuse, le malade pourrait la faire remplir plusieurs fois à intervalles trop rapprochés, et compromettre ainsi sa santé et peut-être sa vie.

L'arrêt de la cour d'appel de Paris, en date du 12 juillet 1883, confirmant un jugement du tribunal correctionnel de la Seine du 2 mai précédent, tranquillisera la conscience de ces honorables praticiens. Cet arrêt décide en effet que, lorsqu'une substance prescrite est vénéneuse, l'ordonnance ne peut être remplie une seconde fois, à moins d'indications précises de la part du médecin, et chaque fois que le médicament sera délivré, le pharmacien devra appliquer de nouveau son cachet et un numéro d'ordre.

Or, pour les ordonnances ne contenant aucune des substances vénéneuses énumérées dans le décret du 8 juillet 1850, la sollicitude du pharmacien n'a aucune raison d'être, par conséquent toute ordonnance remplie peut être rendue sans aucun inconvénient pour le malade, et celui-ci est en droit de la réclamer.

Ces réflexions ne s'appliquent pas aux ordonnances délivrées au compte des Sociétés de secours mutuels, des administrations publiques, des établissements et des associations qui délivrent gratuitement les remèdes à ceux de leurs membres qui en ont besoin. Dans ce dernier cas, l'ordonnance doit demeurer entre les mains du pharmacien, pour lequel elle devient une pièce justicative de comptabilité : sans ce document, en effet, le pharmacien ne pourrait justifier d'une façon péremptoire des médicaments qu'il aurait délivrés et des sommes qui lui seraient dues pour ce fait.

(*L'Hygiène du Sud-Ouest*).

La même question a été abordée dans un récent feuilleton de la **Gazette hebdomadaire** où le spirituel rédacteur de la **chronique de l'étranger** nous initiait en même temps à certains usage peu enviables de quelques pharmacies de la libre Amérique.

La déontologie médicale en Amérique. — A qui appartient l'ordonnance du médecin ?

« Les préceptes de la déontologie pénètrent dans les pays qu'on appelait naguère l'Ouest mystérieux : la Californie ne représente plus la terre des aventuriers, des chercheurs d'or, des trafiquants sans préjugés; San Francisco est une ville moderne dans toute l'acception du mot. Ses praticiens sont aussi instruits, aussi corrects que ceux de n'importe quelle contrée. Il y a pourtant, par-ci, par-là, dans les habitudes des souvenirs ou des reliquats d'un état de choses antérieur et peu éloigné de nous. Certains médecins ont gardé des procédés tolérables pour des commerçants, mais qui ne sauraient être de mise dans leur corporation; l'entente intéressée avec les pharmaciens en est un. Vous faites une ordonnance, vous la libellez de telle sorte qu'elle représente un numéro avouable sur le journal de la maison. Si vous avez quelque influence sur votre client, vous lui indiquez, sans qu'il se doute du motif de votre obligeance, l'officine où les potions seront le mieux préparées. Résultat : une remise hebdomadaire ou mensuelle sur le chiffre des bénéfices du compère.

C'est là une pratique américaine; on aime à penser qu'elle n'a pas traversé l'océan. Le docteur Wilder (de San Francisco) s'est élevé contre elle avec une grande énergie dans un article du *New-York med. Record* du 31 octobre 1885; cet article a excité parmi les intéressés une émotion sérieuse. Il est beaucoup plus dangereux pour la bonne réputation du Corps médical que pour celle des pharmaciens, dit dans un numéro ultérieur le même journal; ceux qu'il touche feront bien de lui accorder une certaine considération. Il est hors de doute que les pharmaciens font d'importantes remises sur la première ordonnance remplie; il est également vrai que c'est là un système de vol plus ou moins organisé; la commission payée est tirée de la poche du malade. Cette remarque sévère est loin de viser tous les médecins et tous les pharmaciens de San Francisco.

Beaucoup, parmi les premiers, se contentent de leurs honoraires; les meilleures pharmacies refusent les remises. Il est absurde de croire qu'une remise de 60 p. 100 est toujours faite; elle ne l'est que pour la première affaire. L'apothicaire qui veut conserver son client et se dispenser de payer une redevance aussi lourde possède un bon moyen, il conserve l'ordonnance et la remplit chaque fois qu'on le lui demande. En a-t-il le droit ?

Il est probable que, si cette question était jamais soumise à un tribunal français, la réponse serait nette et radicale. L'ordonnance appartient au malade. Aux États-Unis on raisonne autrement; les cours suprêmes de Massachusetts et de New-York ont déclaré que c'est une pièce dont la propriété est acquise au pharmacien qui l'a remplie. Le malade rétribue son médecin à cause de ses conseils. La prescription écrite est un ordre d'achat pour un commerçant; le contrat se termine par le payement et la délivrance des médicaments. Le pharmacien garde l'ordonnance comme pièce justificative; il peut la faire une ou plusieurs fois pour qui bon lui semble sous sa propre responsabilité; sa situation est la même que celle d'un négociant, qui livre à quelqu'un des articles semblables à ceux que lui a commandés un autre client. S'il remettait l'ordonnance originale au malade, il serait obligé d'en conserver une copie; mais il a toujours tort de se dessaisir de la seule pièce authentique qui puisse lui servir de garantie en cas de litige. » (*Gazette hebdomadaire.*)

NÉCROLOGIE

— **M. le docteur Gillette**, chirurgien de l'hôpital Saint-Antoine.

— **M. Crespin**, interne à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. le docteur Pinard, a succombé à une pneumonie. Il ne comptait que des amis parmi ses collègues.

— **M. le docteur Butruille**, ancien interne.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

I

Association des médecins de la Gironde.

SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1885.

Le secret médical dans ses rapports avec les déclarations de décès.

Me G. VERDALLE, Conseil judiciaire de l'Association des médecins de la Gironde, lit le travail suivant :

MESSIEURS,

« Étant donnée l'habitude prise par certaines villes de demander aux médecins, dans un intérêt de statistique et d'hygiène publique, la cause du décès de leurs malades, y a-t-il danger pour eux, s'ils fournissent une réponse, de se voir poursuivis pour violation du secret professionnel. »

Telle est, dans ces termes précis, la question qui a été formulée au sein de l'Assemblée générale de l'Association des Médecins de France, tenue à Paris, les 12 et 13 avril dernier, par l'un des Membres de la Société de la Marne et que cette Assemblée générale a mise à l'étude.

Était-ce pour la première fois, Messieurs, que cette question se posait devant le Corps médical ?

Souvent, au contraire, et depuis fort longtemps, elle a été agitée et discutée.

Pourquoi donc y revenir ? Pourquoi la soulever encore ? Les situati ons ont-elles changé ? D'où pourront naître, à l'occasion de vos relations avec les Administrations, des préoccupations nouvelles et assez sérieuses, pour que vous en arriviez à vous demander si des communications à elles faites ne seraient pas susceptibles de créer pour vous un véritable péril ?

Ah ! c'est que de jour en jour, Messieurs, les exigences du monde, de l'opinion publique vis à vis du médecin deviennent de plus en plus grandes. Ces exigences se traduisent par une sévérité toujours croissante des Cours et Tribunaux à son endroit. S'associant eux-mêmes à la jurisprudence, les auteurs lui indiquent assez durement ce qu'ils pensent être son devoir.

L'article 378 du Code pénal a subi de larges interprétations ! Il ne s'agit plus du secret confié au médecin, le seul dont cette article vise et punisse la violation ; défense lui est faite de rien révéler jamais, quelles que les soient les circonstances et même après le décès de ses malades, de ce qu'il a pu surprendre ou deviner dans l'exercice de sa profession, eût-il à se justifier d'une accusation calomnieuse portée soit contre sa capacité, soit contre son caractère. On est allé jusqu'à même supprimer, en ce qui le concerne, l'élément constitutif et indispensable de tout délit ; nous voulons parler de l'intention de nuire. Si bien, qu'au point de vue de ce secret, qu'il sait pourtant être l'honneur de sa fonction et dont il ne trouve jamais les liens assez étroits, la situation qui lui est faite, de si délicate qu'elle était déjà, devient absolument difficile et l'oblige à une surveillance incessante et toujours inquiète de ses paroles et ses actes. Un discours, récemment prononcé par un jeune magistrat fort distingué, M. Bruno-Lacombe, à l'audience solennelle de rentrée de la Cour de Bordeaux, met en lumière, d'une façon saisissante cette situation si périlleuse et si singulière à la fois du médecin qui, dans bien des cas, se trouve placé entre sa conscience et la loi.

Or, Messieurs, solliciter de vous l'indication de la cause du décès d'un malade que vous avez traité, n'est-ce pas, tout simplement, vous engager à contrevenir à l'article 378 du Code pénal, à trahir, en un mot, ce secret professionnel que vous devez garder sous peine de tomber sous le coup des pénalités légales ?

Y a-t-il lieu, dès lors, de s'étonner si, appelé à se prononcer sur un point de cette importance, le médecin se prend à réfléchir et demande à mûrir la réponse qu'il doit faire à ces sollicitations ?

La question est grave et vaut assurément la peine qu'on s'y arrête. Ainsi l'a envisagée l'Assemblée générale, soucieuse de tout ce qui touche aux droits et aux devoirs du Corps médical.

Sans nul doute, si l'on considère que, pour le médecin qui se conformera aux réclamations des Administrations, il s'agit d'aider à la confection de statistiques utiles, de contribuer aux développements de la science, d'éclairer, de soulager, de préserver l'humanité, en provoquant des mesures d'hygiène publique, la nécessité de telles révélations semble s'imposer.

Mais pour donner satisfaction à ces intérêts fort respectables et dont nul plus que le médecin ne reconnaît l'importance, celui-ci commettra une faute, un véritable délit ; car le Code est formel et ne comporte point d'exception à cet égard.

Et alors, Messieurs, sa ligne de conduite n'est-elle pas toute tracée ?

Nous savons bien que, dans le but de concilier le respect du secret professionnel et la sécurité du médecin avec les nécessités que commande l'intérêt social, diverses combinaisons ont été imaginées et sont même mises en pratique. Il s'est peu à peu établi entre le Corps médical et les Administrations une sorte de *modus vivendi*, paraissant ménager toutes les susceptibilités et répondre suffisamment aux besoins de la statistique, de la science et de l'hygiène publique.

C'est ainsi qu'en 1879, sur un rapport dressé par M. le docteur Lagneau, l'Académie de Médecine a voté la mesure suivante, qui est appliquée à Paris :

« Après les formalités relatives à la déclaration et à la constatation d'un décès, l'Administration enverra par la poste au médecin traitant un bulletin sur lequel il indiquera la cause de la mort ; celui-ci le renverra par la poste au Bureau de statistique. Ce

bulletin ne portera ni le nom ni les prénoms du décédé. Des deux certificats de décès actuellement remplis par le médecin de l'état civil, celui envoyé au Bureau statistique, de même que le bulletin nosologique du médecin traitant, ne portera aucune indication des noms et prénoms du décédé. La statistique des causes de décès sera faite, à l'Hôtel-de-Ville, par des médecins. »

Dans leur assemblée du 27 septembre dernier, les Sociétés de la Loire et de la Haute-Loire ont émis l'avis que les médecins, sollicités par les Administrations d'indiquer la cause du décès de leurs malades, devaient inscrire sur les billets de décès le diagnostic de la maladie, mais sous certaines réserves; le diagnostic serait écrit sur une feuille séparée ou facilement séparable de la feuille portant le nom de la personne; ou bien c'est sous pli cacheté que le diagnostic serait envoyé à la mairie. Dans tous les cas, la mairie devrait tenir un registre des causes de décès, qui ne pourrait, pour aucun motif, autre que pour les intérêts de la statistique, être communiqué à qui que ce fût.

L'opinion adoptée par la Société des arrondissements de Melun, Fontainebleau et Provins, dans sa réunion de cette année, est analogue. Les membres de cette Société estiment, d'ailleurs, qu'il est toujours facile, sans porter préjudice aux besoins de la statistique et tout en restant dans les termes de la nomenclature médicale courante, de désigner certaines maladies par des noms équivalents, de supprimer certaines locutions pathogéniques et de respecter ainsi les justes scrupules des familles.

D'autres propositions, enfin, ont été faites en vue d'une conciliation possible, et parmi celles qui pourraient le mieux séduire, parce qu'elles émanent d'un esprit éminemment pratique et judicieux, nous citerons volontiers la combinaison que l'honorable docteur Barat-Dulaurier a soumise au Syndicat de Coutras le 5 décembre dernier.

« Dans chaque département, dit-il, où cette institution n'existe pas, il sera créé un Bureau de statistique des causes de décès. Des médecins seuls pourront être placés à la tête de ce service. Dès qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, profession, état civil du décédé, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habitée par le décédé (habitation isolée, hameau, village, ville), etc., en un mot, tous les éléments nécessaires d'une bonne statisque.

« Le bulletin sera remis au maire, sous une enveloppe cachetée, d'un modèle uniforme pour tout le département. Il ne sera revêtu d'aucune signature. Le maire sera chargé de transmettre sur-le-champ, au bureau de statistique, par voie administrative, le bulletin ainsi préparé. Des *précautions minutieuses* doivent être adoptées pour que ce bulletin ne porte aucune trace extérieure pouvant faire connaître son point de départ. Tous les trois mois ou tous les six mois, le médecin-chef de service fera le dépouillement des documents qui lui auront été transmis et il en consignera les résultats sur un registre qui devra rester aux archives du Bureau de statistique. »

Cette combinaison est certainement, de celles que nous vous avons signalées, la plus ingénieuse, la mieux étudiée. Rien n'y est oublié; tout y est prévu.

Et, néanmoins, reconnaissons-le, Messieurs, ce qui domine, ce qui frappe dans ces divers systèmes, c'est là même pensée, le même esprit, la même crainte.

On veut essayer de faire de la conciliation; on n'ignore pas, toutefois, qu'au point de vue légal, une atteinte va être portée au devoir professionnel et qu'un péril peut être imminent; et, alors, on a recours aux précautions, aux moyens détournés, aux expédients, pour que cette atteinte soit adoucie et que le péril soit conjuré.

Mais pourquoi tant d'efforts? Pourquoi s'exposer ainsi comme à plaisir et courir de pareils risques? Car, il n'y a pas à se le dissimuler, Messieurs, dans chacun des systèmes mis en avant, si pratiques qu'ils paraissent, ne convient-il pas de compter avec une foule de difficultés que peuvent produire, soit la négligence et l'impéritie, soit le parti pris et le mauvais vouloir, soit l'inintelligence et les indiscrétions, soit enfin mille circonstances fortuites et imprévues !

L'épée de Damoclès sera là, toujours suspendue. Pour les erreurs commises dans les Administrations, il n'y aura ni sanction ni pénalités et, si jamais une révélation par vous faite venait à engendrer contre vous une poursuite, ces Administrations auraient-elles qualité pour vous défendre? Accepteraient-elles une responsabilité? Pourriez-vous invoquer utilement votre bonne foi ou vos intentions généreuses? Il est permis d'en douter. Donc, bien illusoires seraient vos garanties; bien compromis, votre sécurité et votre repos.

Et puis, vraiment... (en cette matière, vous êtes les seuls juges) la situation qui vous serait faite serait-elle bien digne de vous? Ces bulletins sans noms, sans signatures, ces désignations anonymes, ce langage particulier, presque symbolique qu'il vous faudrait adopter, ces révélations peureuses, ces indications qui n'en seraient pas, ces petites manœuvres destinées à en effacer la trace, tout cela ne finira-t-il pas par vous lasser, Messieurs, par vous répugner?

La franchise habituelle de votre caractère, le sentiment d'indépendance qui vous anime s'accommoderaient mal, croyez-le, de tels subterfuges et de tels compromis.

Que si le besoin de vous demander des renseignemants, que la loi dans l'état actuel vous interdit de donner, répond à une nécessité d'un ordre supérieur, eh bien! qu'une loi nouvelle soit faite qui vous autorise ou vous contraigne à les fournir. Que dans l'article 378 du Code pénal soit insérée une exception ou bien qu'une disposition soit ajoutée à l'article 36 du Code civil, qui indique les règles qui vous sont imposées pour la déclaration des naissances.

Il faut une situation nette. Une obligation pourra vous être créée dans des termes clairs, précis, ne laissant place pour aucun doute, pour aucune interprétation. Vous vous y soumettrez alors avec la conscience d'un devoir légal à remplir, tout en conservant dans l'accomplissement de ce devoir la déli-

catesse et la réserve que vous commande le secret professionnel. Mais, au moins, vous serez à l'abri et, de ce chef, votre quiétude sera certaine et absolue.

Des services pourront être institués dans les meilleures conditions pour une bonne statistique et les Administrations n'y perdront point; exposées qu'elles sont à des refus parce qu'elles n'ont pas le droit d'exiger, habituées à ne recevoir que des indications sommaires, obscures, incomplètes ou inexactes, elles seront mieux et plus sûrement renseignées. La science et l'hygiène publique y gagneront donc également.

Conclusion. Laissons de côté, Messieurs, toute idée de conciliation. Il est de ces transactions qu'il vaut infiniment mieux ne point essayer, pour n'avoir pas à le regretter plus tard.

Qu'à la question posée par l'Assemblée générale l'Association de la Gironde réponde :

Oui; il est dangereux pour le médecin d'indiquer la cause du décès de ses malades.

Résolument, et jusqu'à ce qu'un texte de loi lui en fasse une obligation, tout médecin doit refuser de donner un renseignement de cette nature aux Administrations qui lui en feront la demande.

Telle est, du moins, Messieurs, la solution que prend la liberté de vous proposer votre Conseil judiciaire, lequel, jaloux de vos plus chers intérêts, s'estime heureux chaque fois qu'une occasion s'offre à lui de les soutenir.

Suit une discussion qui se termine par le vote des conclusions suivantes :

L'Association est d'avis, en principe, qu'en présence des dispositions actuelles de l'article 378 et de l'interprétation que lui a donnée la jurisprudence, le médecin ne doit pas faire connaître les causes de décès des clients qu'il a soignés.

« Mais toutes réserves sont faites au sujet des mesures législatives qui pourront être prises pour concilier le devoir du secret médical avec la protection de la santé publique. »

Le Syndicat medical d'Indre-et-Loire.

Le syndicat médical d'Indre-et-Loire se réunira le jeudi 15 avril. L'*Ordre du jour* de la séance est le suivant :

1° Médecine des Indigents;

2° Circonscriptions des enfants en nourrice;

3° Comptabilité médicale;

4° Pétition à la Chambre des Députés en faveur de la loi sur l'exercice de la Médecine.

Ceux de nos confrères qui désirent préalablement prendre connaissance de la loi projetée sur l'exercice de la Médecine trouveront le texte du projet Chevandier dans le *Concours médical* du 20 mars. On peut demander ce numéro au bureau du journal, 2, rue Casimir-Delavigne, à Paris.

Dr CHAUMIER.

NOUVELLES

— La souscription Pasteur s'élevait le 30 mars dernier à 437 846 frs.

— **Le choléra de Bretagne.** La bonne volonté des médecins vient toujours se heurter contre la mauvaise volonté, ou la négligence des administrateurs. Des précautions très sages avaient été prises par MM. Proust et Charrin pour empêcher la reproduction des foyers cholériques que leurs mesures d'assainissement avaient complètement éteints. En prévision du grand nombre de pêcheurs que les pêches du printemps amènent tous les ans de différents points du littoral dans les parages de Guilvinec, on avait fait établir à Guilvinec et à Audierue un nombre de tentes système Tollet suffisant pour abriter tous les marins étrangers et éviter l'encombrement, et on avait défendu aux habitants de prendre des locataires dans leurs maisons insuffisamment aérées.

A Guilvinec la fermeté du maire a obtenu l'observation de ces mesures, mais ils paraît qu'à Audierne, on n'a pas su empêcher les arrivants de s'entasser dans des locaux infects, laissant les tentes Tollet inoccupées. La conséquence a été le réveil du foyer cholérique. Le 23 mars un pêcheur venant d'Audierne arrive cholérique à Tréboul; le 29 mars, on comptait dans ce village 30 cholériques, dont un tiers gravement atteint.

M. Charrin est reparti aussitôt pour prendre les mesures les plus énergiques. Encore faut-il quo l'administration et la population veuillent bien écouter les avis médicaux.

A quaud la direction de la santé publique, armée de pouvoirs étendus et autonomo?

Débarquement des troupes du Tonkin.

Dans sa séance du 15 mars 1866, le Comité consultatif d'hygiène publique de France s'est réuni sous la présidence de M. Brouardel. Il a adopté un rapport de M. Proust, inspecteur général des services sanitaires.

Ce rapport, adressé à M. le ministre du commerce et de l'industrie, le 14 mars 1886, à la suite de son récent voyage dans le Midi, avait été soumis immédiatement par le ministre au Comité consultatif d'hygiène.

M. Proust termine son rapport en proposant au ministre les résolutions suivantes :

« 1° Diriger les provenances du Tonkin non contaminées sur l'île de Port-Cros; les troupes y seront débarquées et soumises à une observation de six jours; leurs vêtements et leur linge de corps seront placés dans une étuve à désinfection par la vapeur sous pression. Avant de quitter l'île, les militaires recevront de nouveaux vêtements;

2° Si les navires provenant du Tonkin ont eu, ou ont des accidents cholériques à bord, ils seront dirigés immédiatement sur l'île de Bagau; les malades seront débarqués et les navires seront soumis à une désinfection rigoureuse;

3° L'île de Port-Cros et l'île de Bagau devront avoir un personnel distinct, et toute communication sera interdite entre ces deux îles;

4° Il y a lieu d'installer immédiatement à Port-Cros et à Bagau une étuve à désinfection par la vapeur sous pression;

5° Une entente sera établie entre la Guerre et la Marine pour le ravitaillement des troupes, l'approvisionnement d'eau potable, la fourniture des vêtements;

6° Les malades seront traités par les médecins militaires;

7° Il y a lieu de désigner deux médecins appartenant à l'administration sanitaire, l'un pour l'île de Port-Cros, et l'autre pour l'île de Bagau.

Le médecin attaché au service sanitaire fera, de concert avec le médecin du bord, une visite générale do l'équipage et des passagers. En cas de dissentiment, l'avis du médecin attaché au service sanitaire prévaudra et devra être suivi.

Le doute sera toujours interprêté dans le sens de la plus grande prudence. »

C'est M. le docteur Gilbert Ballet, médecin des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à la Faculté, qui vient d'être chargé de la mission d'organiser les mesures sanitaires nécessaires et de surveiller leur exécution.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année N° 15 10 Avril 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

M. le docteur A.-J. Martin vient de publier dans la *Gazette hebdomadaire* (nos 9, 8 et 15) trois importants articles sur la **Révision de la législation sur l'exercice de la Médecine**. Ces articles se recommandent à l'attention de nos lecteurs par le soin avec lequel l'auteur a étudié la question, les chiffres qu'il cite et la situation qu'il occupe. En effet, M. A.-J. Martin exprime surtout l'opinion du Comité consultatif d'hygiène qui a été naturellement appelé par les pouvoirs publics à se prononcer sur la valeur des réformes proposées au Parlement.

M. A.-J. Martin étudie donc la proposition Chevandier qui, dit-il, s'inspire de celle que M. Lunier avait fait adopter par l'Association générale des médecins de France et *de la proposition étudiée avec beaucoup de soin par une Commission du « Concours médical »*. Nous remercions notre distingué confrère de reconnaître aussi nettement l'initiative qu'a le droit de revendiquer le *Concours médical* dans les projets de révision de la législation; il est moins certain que M. Chevandier se soit inspiré de la proposition Lunier, le contraire serait peut-être plus exact. Mais peu importent ces questions de priorité; tous ceux qui auront contribué à faire triompher les revendications du Corps médical auront droit à la reconnaissance de celui-ci.

M. Martin déclare d'abord qu'il passera sous silence tout ce qui, dans la proposition Chevandier, concerne l'enseignement de la Médecine, parce qu'il lui paraît certain que le Gouvernement en obtiendra la disjonction, les conditions d'études et de scolarité pour la Médecine ne pouvant être immuables et devant être régies non par des lois, mais par voie de réglementation, sous bénéfice de l'avis autorisé des « conseils compétents ». M. Chevandier ne partage pas sur ce point l'opinion de M. A.-J. Martin et donne des raisons qui ont bien leur valeur. Mais laissons de côté pour le moment les questions d'enseignement et suivons M. Martin dans son étude

En ce qui concerne la **suppression de l'Officiat de santé**, M. Martin est d'un avis opposé à celui de M. Chevandier et de l'immense majorité de ses confrères. Il voit dans cette suppression un danger considérable et se base sur les chiffres suivants qui ne laissent pas de causer une certaine surprise. Ici, il est utile de citer le texte même de M. Martin :

« A en juger par les réclamations que les médecins n'ont cessé d'adresser depuis longtemps et surtout depuis le Congrès de 1847, la *nécessité de la suppression* des officiers de santé semble, en effet, être devenue une sorte de Charte, d'article de foi. Voyons cependant, quelles seraient les conséquences de cette mesure.

« En premier lieu, il importe d'établir le nombre actuel des médecins en France et leur répartition : en 1847, il y avait 18 099 médecins exerçant en France (sans l'Algérie), dont 10 643 docteurs et 7 456 officiers de santé; en 1866, il y avait 16 828 médecins, dont 11 254 docteurs et 5 568 officiers de santé; en 1876, 14 376 médecins, dont 10 743 docteurs et 3 633 officiers de santé, et en 1881 (dernière année de recensement officiel), 14 846 médecins, dont 11 643 docteurs et 3 203 officiers de santé. En comparant le nombre des médecins au chiffre de la population, on trouve : en 1866 (population : 35 408 847 habitants), 1 médecin sur 2 104 habitants, dont 1 docteur sur 3 146 habitants et 1 officier de santé sur 6 353 habitants; en 1876 (population : 36 905 788 habitants), 1 médecin sur 2 568 habitants, dont 1 docteur sur 3 807 habitants et 1 officier de santé sur 10 158 habitants; en 1881 (population : 37 672 048 habitants), 1 médecin sur 2 536 habitants, dont 1 docteur sur 3 235 habitants et 1 officier de santé sur 11 761 habitants. Ainsi, le nombre total des praticiens décroît

presque régulièrement en France; mais, tandis que le nombre des docteurs en médecine reste à peu près stationnaire, puisqu'il n'a augmenté que de 1 000 en quarante ans, le chiffre des officiers de santé diminue considérablement, entraînant à lui seul l'abaissement du chiffre des praticiens.

« Quant à la répartition du corps médical dans les départements, nous voyons qu'en 1876 il y avait 3484 communes, et 3645 en 1881, où exerçaient des docteurs en médecine ; 2111 communes en 1876, et 1914 en 1881, où n'exerçaient que des officiers de santé ; 746 communes en 1876, et 743 en 1881, où exerçaient à la fois des docteurs et des officiers de santé ; 29 697 communes enfin en 1876 et 29 795 en 1881, où ne résidaient ni docteurs, ni officiers de santé. D'où il résulte que les cinq sixièmes des communes en France n'ont aucun médecin ; si l'on remarque qu'il existe 4613 communes ayant 1500 âmes et au-dessus et que les praticiens affluent surtout dans les villes, on peut inférer que les soins médicaux font défaut dans un grand nombre de localités ; d'ailleurs, nous venons de le voir, dans deux mille communes environ n'exercent que des officiers de santé. Serait-ce que ceux-ci habitent surtout les campagnes ? Qu'on en juge : dans le département de la Seine on comptait, en 1881, 1 docteur sur 1 414 habitants, et 1 officier de santé sur 15 286 habitants ; dans le Finistère, où les villes sont peu nombreuses et peu peuplées, il y avait à la même époque 1 docteur sur 6 554 habitants, et 1 officier de santé sur 37 870 habitants.

« D'autre part, l'étude de la répartition proportionnelle des docteurs en médecine et des officiers de santé nous apprend que, si en 1866 il y avait en France treize départements dans lesquels il existait proportionnellement plus d'officiers de santé que de docteurs en médecine, ou au moins un nombre égal, il n'y en avait plus que sept en 1876 et trois seulement en 1883. Or, dans ces treize départements, sauf le Nord, le nombre total des docteurs et des officiers de santé a considérablement diminué de 1866 à 1881 ; il s'est seulement et très faiblement relevé de 1876 à 1881 dans l'Aisne, l'Aube, l'Ille-et-Vilaine et le Pas-de-Calais, le Nord mis à part. Pour ce dernier département, le chiffre de la population a subi un accroissement tel, pendant cette période, qu'en réalité le nombre proportionnel des médecins y est à peu près resté stationnaire, comme on peut s'en convaincre par une étude attentive de ses variations.

« Si le nombre des médecins et surtout celui des officiers de santé diminue, cela tiendrait peut-être à un moins grand nombre d'inscriptions prises et de diplômes conférés? Il n'en est rien, car le tableau des diplômes montre, au contraire, l'accroissement de ceux-ci, tant pour le doctorat que pour l'officiat, si l'on prend comme terme de comparaison un certain nombre d'années. Toutefois il faut reconnaître, d'après les chiffres officiels les plus récents, que le nombre de ces diplômes est arrivé à un maximum qu'il ne paraît pas devoir dépasser ; la population totale des Facultés et Ecoles de médecine n'éprouvera pas de modifications importantes d'ici à plusieurs années ; en d'autres termes, il n'en sortira pas plus de docteurs et d'officiers de santé qu'elles n'en reçoivent aujourd'hui. »

M. Martin ne pense pas que la suppression des officiers de santé doive avoir pour résultat une augmentation du nombre des docteurs en médecine parce que les uns et les autres se recrutent dans des milieux très différents ; car, suivant lui les aspirants à l'officiat appartiennent, en général, à des familles d'artisans, de commerçants, de petits propriétaires agricoles, de contre-maîtres, etc. ; et c'est des départements industriels ou agricoles que viennent en plus grand nombre les futurs officiers de santé.

Or, comme, d'après M. Martin, le nombre des médecins est des plus insuffisants en France dans la plupart des départements, « les charlatans et médicastres de toutes couleurs et de tous costumes ne tarderaient pas à occuper une place qui leur serait si libéralement abandonnée. »

Il est un point du raisonnement de M. Martin qui nous semble très faible, c'est celui où il nous dit que le nombre des médecins n'a pas augmenté proportionnellement à l'accroissement de la population. En effet, M. Martin ne tient pas compte de la facilité croissante des communications dans les campagnes, qui permet certainement à chaque médecin, grâce au bon état des routes et à la multiplicité des chemins de fer, de desservir une clientèle beaucoup plus étendue que par le passé. Il n'est donc pas besoin que le nombre des médecins augmente beaucoup, si chacun d'eux peut soigner un plus grand nombre de clients, et il est nécessaire qu'il en soit ainsi, puisque la cherté croissante de la vie ne permettrait plus aux médecins de vivre avec le produit des clientèles de leurs pères, si celles-ci ne s'étaient pas étendues.

Ajoutons que M. Martin fournit presque aussitôt un argument contre ses propres idées, c'est-à-dire contre l'utilité des officiers de santé pour desservir les points du territoire qui manquent de médecins ; car M. Martin nous dit :

« Sans doute on s'était autrefois leurré de l'espoir que les officiers de santé habiteraient surtout les campagnes ; mais, à l'exemple des docteurs, ils n'ont pas tardé à affluer là où la clientèle s'offre plus abondante et plus riche, et il est sans conteste qu'ils y font souvent une concurrence sérieuse aux docteurs.

Mais alors, si les officiers de santé viennent encore encombrer les villes où il est impossible de soutenir que les docteurs ne sont pas assez nombreux, il nous paraît difficile de démontrer leur utilité et nous ne voyons pas pourquoi M. Martin redoute tant cette « amputation du corps médical », comme il l'appelle.

Admettant la nécessité du maintien de l'officiat M. Martin se demande s'il y a lieu de **limiter les droits d'exercice des officiers de santé**. Il reconnaît qu'il n'est pas possible de limiter leur exercice à certains points du territoire, et sur ce point son raisonnement est fort clair.

« On a depuis longtemps signalé les difficultés de toutes sortes résultant d'une telle limitation ; les officiers de santé exerçant dans des communes limitrophes de deux ou plusieurs départements ne peuvent en

réalité se refuser à apporter les secours de leur art dans les localités très proches où cependant la loi le leur interdit. Comment remédier à un tel état de choses ? On a demandé tout d'abord que l'exercice dans les villes soit interdit aux officiers de santé, lorsque ces villes ont une certaine population; mais il leur suffirait d'habiter tout auprès de ces villes pour être exposés à chaque instant à transgresser une pareille défense ; se figure-t-on, par exemple, pouvoir empêcher un officier de santé qui a soigné une famille à Saint-Cloud, d'aller donner des consultations et faire des visites à cette même famille à Paris ? On a, d'autre part, proposé, et tel est l'avis adopté, à la demande de M. Brouardel, par le Comité d'hygiène publique de France, que les officiers de santé n'aient le droit d'exercer leur profession que dans toute l'étendue du ressort de la Faculté, de l'Ecole de plein exercice ou de l'Ecole préparatoire de médecine dans laquelle ils ont été diplômés. C'est un avantage assurément considérable sur la situation présente pour les officiers de santé ; mais il faut remarquer que pour les Facultés de médecine, le ressort est limité au département au siège duquel elles se trouvent et que les difficultés restent les mêmes qu'autrefois dans tous les départements frontières de ressorts voisins.

« M. Chevandier et ses collègues ont proposé d'accorder le droit d'exercice sur tout le territoire de la République aux officiers de santé actuels, les seuls qui soient maintenus, puisque leur projet supprimerait désormais l'officiat, et la Chambre des députés a pris en considération, le 4 février dernier, une proposition de M. Wickersheimer, tendant à l'autorisation pour les officiers de santé d'exercer leur art sur tout le territoire ; « il est évident, a-t-on dit à la tribune, que du moment qu'un médecin peut exercer son art dans un département, il est apte à l'exercer dans tous les autres, car les maladies et l'instruction médicale ne changent pas d'un département à l'autre. » Cette opinion a pour elle la logique; n'y a-t-il pas d'autres moyens de limiter les droits d'exercice des officiers de santé ?

« Tous les projets présentés sont d'accord pour soumettre ceux-ci à l'obligation de se faire assister par un docteur en médecine, hormis les cas d'urgence, dans les grandes opérations chirurgicales ou obstétricales ; on semble également d'avis de réserver à des docteurs en médecine les fonctions de médecins et chirurgiens experts près les tribunaux, de médecins et chirurgiens dans les hôpitaux et hospices, de professeurs et agrégés dans les Facultés et Écoles. De ces deux limitations, la première est la plus difficile à réaliser dans la pratique, en raison surtout du vague qui s'attache à la dénomination du terme de « grandes opérations » ; il est des actes chirurgicaux qui ne sont généralement pas d'un caractère urgent et ceux-là sont d'ordinaire du ressort des spécialistes; mais il en est bien d'autres auxquels il serait souvent impossible d'attacher en droit un caractère strictement limité à l'importance de l'intervention chirurgicale. »

Nous croyons aussi, comme M. Martin, que cette limitation des droits des officiers de santé en ce qui concerne les grandes et les petites opérations est une illusion, qui ne peut abuser que des personnes étrangères à la médecine.

« Il n'en est pas de même de la seconde limitation ; elle est des plus légitimes à notre avis et elle répond par cela même à cette réforme depuis si longtemps souhaitée en France, à savoir l'existence d'un grade unique, conférant le droit d'exercice, et d'un autre grade, de nature plus élevée et de valeur scientifique plus haute, permettant d'aspirer aux plus hautes fonctions dévolues aux médecins. »

M. Martin conclut à l'urgence « de modifier la scolarité et les grades médicaux, de telle sorte que le plus grand nombre possible de jeunes gens puisse obtenir tout au moins le droit d'exercice sur tout le territoire, les fonctions publiques et l'enseignement demeurant réservés aux titulaires d'un diplôme conféré à la suite d'études plus complètes et qui ne soient pas indispensables pour la pratique.»

Ces fonctions publiques ne sont vraiment pas en général d'assez grande importance pour tenter les médecins au point de les décider à conquérir, pour les obtenir, un diplôme supplémentaire plus difficile ; quant à l'enseignement, il ne sera jamais accessible qu'à un très petit nombre de médecins, et la préoccupation du recrutement du corps enseignant ne doit pas entrer en ligne de compte au point de vue des réformes relatives à l'obtention des diplômes médicaux.

En résumé, si on admettait la manière de voir de M. Martin, nous ne voyons plus que, dans l'avenir, les avantages des docteurs sur les officiers de santé fussent assez marqués pour décider beaucoup de gens à conquérir le plus difficile de ces deux diplômes. Il nous semble donc à craindre que les réformes qui seraient exécutées dans ce sens n'eussent d'autre résultat que d'abaisser le niveau médical, en multipliant le nombre des médecins ayant fait des études d'une moindre durée et n'ayant qu'une culture littéraire et générale moindre que celle des docteurs actuels.

Nous examinerons la semaine prochaine les autres questions abordées dans le travail de M. Martin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE (6 avril.)

M. *Béchamp*, qui déjà dans une lettre avait manifesté son opposition à la manière de voir de M. Gautier au sujet des leucomaïnes, vient de commencer la lecture d'une communication en quatre parties. Les deux premières, qu'il a produites dans la séance de mardi, sont relatives, la première aux transformations des matières albuminoïdes, la seconde au rôle des vibrioniens dans la physiologie.

M. Béchamp dit avoir démontré pour la première fois en 1856 que l'urée dérivait de l'albumine ou des produits azotés similaires par l'oxydation au moyen du permanganate de potasse et que d'autres alcaloïdes analogues à l'urée pouvaient se produire dans ce cas, comme les leucomaïnes et les ptomaïnes.

A ce moment M. Gautier proteste contre la dénomination d'alcaloïde attribuée à l'urée. — M. Béchamp maintient qu'il a le droit de l'appeler ainsi, par ce qu'on peut désigner sous le nom d'alcaloïde toute

substance capable de se combiner avec un acide à la manière de l'ammoniaque, c'est-à-dire en perdant un équivalent d'eau, ce qui est le cas de l'urée, comme de la quinine. — M. Gautier reproche de nouveau à M. Béchamp de professer une erreur scientifique.

M. Béchamp poursuit néanmoins l'exposé de sa **théorie des microzymas**, granulations moléculaires qui existent dans les cellules organisées, détruisent au moment de la mort les cellules qui les contenaient en opérant les transformations chimiques décrites sous le nom de putréfaction ou de fermentation et deviennent ensuite des vibrions de forme et de grandeur différentes.

Ce sont ces mêmes microzymas qui, dans les cellules d'un foie séparé de l'organisme et lavé suivant la méthode de M. Bernard, continuent à produire la glycose. Ils transforment aussi la glycose en alcool à l'état physiologique au sein de l'organisme. L'origine des microzymas échappe à M. Béchamp. Dans l'état présent de la création ils proviennent de la destruction et des déjections des organismes vivants, et, comme le microzyma étant l'agent destructeur universel des organismes, ne peut se détruire lui-même, le microzyma ne peut périr.

M. Béchamp terminera dans la prochaine séance cette communicatiou. Son systéme échappe évidemment à toute critique, puisqu'il se meut dans le domaine de l'hypothése pure, et nous n'en voyons jusqu'ici découler aucune application pratique à la médecine.

M. Vulliet (de Genève) a fait connaître son **Nouveau procédé de dilatation utérine.** La malade étant dans la position genupectorale et le col découvert avec une valve de Sims, on explore le canal cervical; s'il est rétréci ou dévié, on rétablit par un traitement préalable sa direction ou son calibre; s'il est normal, on introduit dans sa cavité une série de tampons de coton muuis d'un fil, de dimensions variant entre celle d'un pois et celle d'une amande. Ils ont été plongés dans une solution composée d'une partie d'iodoforme et de 10 parties d'éther, puis séchés et conservés dans un flacon bien bouché.

On introduit ces tampons jusqu'à ce que la cavité en soit bourrée jusqu'à l'orifice externe; on les retire au bout de quarante-huit heures. S'ils ont été bien tassés, les parois ont cédé, elles se sont ramollies; il s'est formé un espace libre dont on prend possession en plaçant immédiatement un nombre de tampons plus considérable que la première fois. Il faut en moyenne huit ou dix obturations pour que la cavité arrive au degré de dilatation où elle est visible dans toute son étendue.

Ce procédé a pour avantages : 1° de rendre possible une inspection directe, par la vue, de l'ensemble de la cavité utérine ; 2° de maintenir la dilatation, quel qu'en soit le degré, aussi longtemps qu'il est utile de la prolonger ; 3° comportant le séjour de substances antiseptiques de la cavité utérine, cette méthode constitue un traitement très efficace des affections virulentes intra-utérines ; 4° elle permet le traitement direct de certaines affections utérines : raclage de la muqueuse en cas de métrite chronique, enlèvement de corps fibreux, extirpation des tumeurs cancéreuses du col.

MALADIES DES ENFANTS.

De la syphilis héréditaire.

Il y a peu de temps, un garçon de dix ans et demi était amené à la clinique de M. le professeur *Grancher*, à l'Hopital des Enfants Malades. Sa mère l'y conduisait afin de le faire soigner pour une plaie de la face interne de la jambe, qui l'inquiétait par son étendue et sa durée.

Les renseignements qu'elle fournissait étaient les suivants. Cet enfant était le cinquième de neuf qu'elle avait eus, dont un mort-né ; les autres étaient bien portants, le père et la mère aussi. Lui-même élevé au sein par sa mère avait toujours joui d'une bonne santé. A neuf ans, il avait eu sur la face dorsale des mains, puis sur les jambes, un certain nombre de boutons évoluant par des poussées successives et se guérissant d'eux-mêmes. Depuis quelque temps cependant à l'un d'eux avait succédé une plaie qui s'était agrandie, puis recouverte d'uue croûte, ne guérissait pas et gênait la marche.

Ou pouvait en effet constater sur la partie moyenne de la face interne du tibia une croute gris verdâtre, sous laquelle la pression faisait sourdre un peu de pus. Aprés l'application d'un cataplasme de fécule la croûte se détacha et on vit uue ulcération à fond un peu grisâtre, de forme oblongue, à bords réguliers, taillés à pic, autour de laquelle existait une auréole rougeâtre et une légère pigmeutation de la peau, ainsi qu'un certain degré de tuméfaction et de sensibilité à la pression semblant déceler un peu de périostite sous jacente. A un examen attentif de la surface tégumentaire, on comptait dix-huit à vingt cicatrices arrondies, oblongues ou polycycliques, d'âges différents ainsi que l'attestaient leurs colorations diverses depuis le blanc nacré jusqu'au rouge foncé, mais ayant toutes ce caractére commun d'avoir un fond légèrement déprimé constitué par une peau lisse et souple et des bords réguliers. Bref, ces cicatrices étaient de celles que les dermatologistes s'accordent à regarder, sinon comme pathognomoniques, du moins comme assez caractéristiques d'anciennes ulcérations syphilitiques. L'enfant ne présentait pas d'ailleurs d'autres tares appareutes, sinon un léger strabisme et une physionomie un peu sombre et sournoise. Aucune modification du squelette; une stature convenable pour sou âge, le front assez saillant.

L'hypothése d'une syphilis étant venue tout de suite à l'esprit du professeur et de son chef de clinique, le docteur Variot, on ne se contenta pas naturellement des affirmations de la mère au sujet de la boune santé de toute la famille et on lui dit qu'il était nécessaire d'amener les autres enfants et le père. Ainsi

fit-elle, et voici les renseignements précieux que fournit l'enquête, conduite avec le concours de M. le docteur Gaucher, dont la compétence en dermatologie est toute spéciale.

Seule, la fille ainée âgée de quinze ans et demi ne put comparaître, mais le deuxième enfant, garçon de quatorze ans, présentait une perte de substance., sorte de petite fracture du bord des incisives médianes supérieures. Une fille de douze ans avait un staphylôme de la cornée, avec la trace d'une ancienne perforation de cette membrane; sur la peau, notamment dans la région fessière, se voyaient de nombreuses cicatrices caractéristiques. Le quatrième enfant était mort à sa naissance, nous l'avons dit. Le cinquième, était le petit malade entré à la clinique. Le sixième, âgé de neuf ans, avait les incisives médianes supérieures convergentes par leur bord libre qui présentait une encoche (dents d'Hutchinson), les incisives inférieures crénelées, les molaires assez déformées, mais d'une façon moins caractéristique. Le septième enfant, de six ans et demi, avait dans le pli fessier gauche une papule squameuse et dans la même région diverses cicatrices, dont une très caractéristique dans le pli interfessier. Le huitième enfant, garçon de huit ans et demi, avait une plaque muqueuse ulcérée du sillon naso-labial et les cicatrices des fesses. Le neuvième enfant avait des tibias incurvés en dedans et à crêtes saillantes. Ainsi, sur neuf enfants, six offraient des traces plus ou moins évidentes de syphilis.

Cette syphilis était elle alors acquise ou héréditaire? M. Grancher se décida pour cette dernière opinion, en se basant sur les arguments suivants : On pouvait à la rigueur faire valoir contre l'hérédité de cette syphilis que tous ces enfants n'avaient que des lésions superficielles et que leur santé générale était très bonne, que la mère n'avait eu ni avortements ni accouchements prématurés et qu'on ne relevait pas cette polyléthalité si fréquente chez les enfants issus de parents syphilitiques.

Mais, d'autre part, les altérations dentaires de deux enfants, notamment l'encoche d'Hutchinson, sont de celles qui sont imputables, non à une perte de substance ayant frappé des dents déjà formées, mais à un vice congénital du bulbe dentaire, à un trouble évolutif originel. Les déformations des tibias du dernier enfant sont aussi de celles qu'on rattache naturellement à la syphilis congénitale. Enfin, le père et la mère, qui se disaient et se croyaient peut-être sincèrement exempts de toute maladie, offraient, l'un sur les membres des cicatrices notoires de syphilides ulcéreuses, et l'autre sur le cou, à l'angle de la machoire, des cicatrices froncées et déprimées, qu'on pouvait bien rapporter à d'anciennes gommes ulcérées et même des plaques croûtelleuses, aux commissures labiales. Ainsi, voilà chez plusieurs enfants une syphilis très certainement héréditaire tardive, et, chose assez rare, bénigne chez tous.

Après avoir dépouillé le dossier de cette famille de syphilitiques, le professeur a rappelé les traits principaux de la syphilis héréditaire, que les travaux d'Hutchinson, de Parrot et de Fournier ont si bien mise en lumière depuis une quinzaine d'années, mais qui est encore si peu connue de la plupart des médecins.

On ne peut plus contester aujourd'hui que la syphilis des parents n'exerce une action certaine sur la conception, la gestation, l'accouchement et la santé ultérieure des enfants. Certainement l'ancienneté de la syphilis chez les parents, la gravité qu'elle a eue, la durée du traitement qui a été suivi, sont des éléments qui font varier dans une mesure difficile à préciser l'influence héréditaire et celle-ci offre des particularités bien remarquables. Ainsi il n'est pas plus aisé de contester que d'expliquer la loi de Colles, en vertu de laquelle un enfant, né de père syphilitique et porteur de lésions syphilitiques contagieuses, infecte une nourrice étrangère et n'infecte pas sa mère, si elle le nourrit, bien qu'elle n'ait jamais présenté d'accidents syphilitiques attestant une affection antérieure.

On sait encore que l'hérédité syphilitique provient plus souvent de la mère que du père ; on sait que, par une exception malheureusement rare, un enfant sain peut être procréé par des parents en puissance de syphilis. Il y a là des singularités qui pourront être éclairées par les recherches entreprises déjà par MM. Strauss et Chamberland, sur les conditions qui favorisent ou contrarient le passage des bactéries de la mère au fœtus à travers le placenta dans les diverses maladies infectieuses.

En tout cas, la syphilis produit certainement des maladies du placenta. De Sinéty a prouvé l'existence de certaines hypertrophies des villosités, de dégénérescences fibreuses ou caséeuses du placenta, auxquelles sont imputables beaucoup d'accouchements prématurés. En 1879, M. Hervieux présentait à l'Académie un placenta dans lequel l'examen histologique pratiqué par M. Malassez avait révélé l'existence d'îlots de dégénérescence rappelant par leur structure les gommes du foie. L'enfant était venu au monde terme en apparence bien portant, mais présenta, au bout de quelques semaines des plaques muqueuses des aisselles. MM. Depaul et Tarnier n'ont pas été convaincus à cette époque de la nature syphilitique de ces altérations placentaires; M. Grancher estime qu'ils avaient tort.

Certaines artérites et phlébites du cordon peuvent être rapportées avec vraisemblance à la syphilis.

On a étudié jusqu'ici assez imparfaitement la syphilis fœtale; mais la question s'éclaire à partir de la naissance. L'influence de la syphilis sur l'avortement n'est plus contestée, et un seul chiffre la mettra en lumière. Sur 1 015 cas de grossesses de femmes syphilitiques, on a relevé 36 fois sur 100 l'accouchement prématuré.

La syphilis héréditaire *précoce* est très bien connue maintenant. On sait que le plus souvent les enfants naissent sans lésions apparentes et que les premiers accidents se montrent entre la troisième semaine et le troisième mois, d'ordinaire pendant le deuxième. Il nous suffira de rappeler le pemphigus plantaire et palmaire, le teint grisâtre et l'apparence ratatinée du visage, le coryza chronique et ulcéreux, les érosions en fissures des lèvres, les éruptions papulo-ulcéreuses péribuccales et périanales, la kératite interstitielle d'Hutchinson, certaines iritis; les altérations osseuses, notamment l'aspect natiforme du crâne (Parrot), la

pseudo-paralysie par impotence fonctionnelle des membres atteints d'ostéopériostite (1); puis les accidents profonds, les gommes viscérales, des troubles nerveux tels que certaines insomnies, céphalées et épilepsies qui, Fournier l'a montré, sont parfois si merveilleusement guéries par le traitement spécifique, et enfin des malformations de toute sorte, surdi mutité, strabisme, pied-bot, etc.

Vient ensuite la syphilis héréditaire, qu'on peut appeler *indirecte*, précoce ou tardive. C'est à elle qu'on peut attribuer l'état de certains enfants mal venus, chétifs, dont la peau est sans vitalité, de ces pauvres petits que les nourrices répugnent à prendre, parce qu'elles sentent qu'ils ne profiteront pas de leurs soins, qu'ils ne s'élèveront pas. Chez ces enfants on ne trouve souvent aucune lésion tangible, ils attestent comme une dégénérescence de la race, que des causes autres que la syphilis, l'alcoolisme des parents, par exemple, peut aussi produire, et qui en tout cas font que les enfants meurent en bas âge sans maladie appréciable, et comme par simple impuissance de vivre. On peut encore mettre à la charge de cette forme de syphilis héréditaire presque *latente* certains enfants arriérés, imbéciles, sujets aux convulsions ou à des poussées encéphalo-méningitiques partielles, qui les laissent hémiplégiques ou monoplégiques.

M. Fournier va même jusqu'à voir dans certaines scrofules l'influence syphilitique. Dans cette voie M. Grancher répugne à suivre le hardi syphiligraphe, car, si on admet la spécificité et l'hérédité des germes, si on ne voit dans la scrofule que le terrain où le bacille tuberculeux se développe avec prédilection, on ne peut admettre la transformation du germe syphilitique en germe tuberculeux.

Quant à la syphilis héréditaire *tardive*, c'est elle qui a été niée le plus longtemps, puisqu'en 1871 M. Hérard, ayant présenté à la Société de Chirurgie une fille de dix-neuf ans atteinte depuis son enfance d'un effondrement ulcéreux du nez et d'une albuminurie ancienne qui avait guéri rapidement par l'iodure de potassium, ne rencontrait parmi les membres de cette Société que Demarquay et Giraud-Teulon disposés à admettre avec lui l'existence d'une syphilis héréditaire tardive.

Mais aujourd'hui, grâce à Hutchinson, à Parrot, à Fournier, nous pouvons dans un assez grand nombre de cas trouver dans les antécédents des malades et dans la présence chez eux de certains stigmates la signature syphilitique d'accidents cutanés ou viscéraux tardifs. Ces stigmates précieux sont les altérations dentaires, oculaires et auriculaires (triade d'Hutchinson), les déformations particulières du squelette (crâne natiforme de Parrot, tibia de Lannelongue, nez en lorgnette de Fournier), les cicatrices de la région fessière (Parrot).

Quand on les rencontre chez des sujets, enfants ou même adolescents, atteints d'affections viscérales dont l'étiologie est entourée d'obscurité, on a le devoir d'instituer un traitement antisyphilitique énergique; car des faits de plus en plus nombreux démontrent que telle méningite, telle ulcération du voile du palais, telle gomme de la peau, telle excavation pulmonaire, dont la guérison paraissait invraisemblable parce qu'on avait fait le diagnostic de tuberculose et institué sans succès le traitement tonique et reconstituant, ont guéri contre toute prévision et avec rapidité le jour où un médecin, mieux inspiré ou plus perspicace, a prescrit le sirop de Gibert ou les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à haute dose.

PAUL LE GENDRE.

(1) Voir *Concours Médical*, 1885.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

Traitement des corps étrangers articulaires (1).

Depuis que l'on pratique presque couramment l'ouverture antiseptique des articulations, la thérapeutique des corps mobiles articulaires a notablement varié. Il existe toutefois quelques hésitations encore sur leur nature réelle, et généralement on admet qu'il en est de deux variétés.

Les uns, ordinairement multiples, sont des produits de la synoviale et des cartilages articulaires ; pédiculés pendant une période de leur existence, ils se détachent ensuite et deviennent libres ; toujours on peut reconnaître à leur surface un point analogue au hile d'un haricot et par lequel se faisait leur implantation. Ces corps étrangers ont en définitive une origine *pathologique*, ils s'accompagnent habituellement d'un certain degré d'arthrite sèche, d'hydarthrose, et au point de vue du pronostic, ils sont assez sérieux, car l'ablation de ces corps ne guérit point l'arthrite sèche, et la reproduction de nouveaux chondrophytes est possible. Les corps mobiles dont l'observation a été adressée à la Société de chirurgie par MM. Boppe et Krug-Basse semblent appartenir à cette catégorie de corps d'origine pathologique : l'un d'eux était encore pédiculé ; l'autre, complètement libre, était recouvert de cartilage sur toutes ses faces. Dans ce dernier cas on aurait pu croire à une autre origine.

Il est en effet une seconde classe de corps mobiles, les *traumatiques*. Ils sont produits par des fragments de cartilage diarthrodial détachés de l'os par un choc plus ou moins violent. A l'examen histologique on reconnaît toujours sur une de leurs faces le cartilage diarthrodial avec ses séries régulières de cellules ; tandis que sur les corps mobiles d'origine pathologique la mince et irrégulière couche de cartilage qui les revêt présente toujours des cellules irrégulièrement disposées. M. le docteur Kirmisson, rapporteur des deux observations précitées, a étudié avec le docteur Maunoury (de Chartres) un fait de cette nature, des plus intéressants. Une jeune femme de 22 ans tombe sur le genou en se tournant le pied droit. Elle ressent une vive douleur et un violent craquement, une arthrite traumatique se déclare. Quand les phénomènes aigüs sont calmés, on découvre un corps mobile, on l'enlève et on le trouve formé d'une masse de cartilage présentant la texture du cartilage diarthrodial.

(1) *Soc. de Chirurgie*, 10 mars 1886.

On avait adopté, avant la pratique de l'antisepsie, de nombreuses méthodes pour immobiliser les artrophytes, les faire passer sous la peau, etc. Aujourd'hui on emploie l'arthrotomie de propos délibéré et, comme le fait remarquer M. Kirmisson, si cette opération à donné autrefois 1 mort sur 4 opérés, aujourd'hui il n'en est plus de même et la statistique de Müller a fait tomber la léthalité à 4 p. 100. L'opération doit être actuellement bien réglée et aussi simplifiée que possible. M. le professeur Trélat enseigne que, pour éviter les recherches intra-articulaires qui compliquent plus ou moins gravement l'opération dans quelques cas, il faut, avant d'ouvrir l'article, reconnaître exactement la situation du corps mobile, le fixer en un point déterminé, inciser à son niveau et disséquer ensuite ses adhérences avec la synoviale, avec les plus grandes précautions. De cette façon on ne s'expose pas à aller à la recherche d'un corps placé on ne sait où, et on ne transforme pas une opération simple en une opération hasardeuse. Mais faut-il draîner la jointure ou fermer la plaie sans drainaige? Là les avis diffèrent.

La suppression du drainage serait l'idéal de la chirurgie; mais, si elle n'est point dangereuse quand l'opération a été simple, elle le devient quand il a fallu faire des explorations plus ou moins longues dans la jointure; et l'absence de drain dans un cas semblable a causé un insuccès à Bœckel. D'ailleurs le drain ne complique nullement l'opération. M. Kirmisson se propose de suivre une méthode intermédiaire. Il réunira d'abord la synoviale par quelques points de suture profonde, puis placera au contact de sa surface externe un drain que recouvrira la peau dont l'ouverture sera fermée par une seconde rangée de sutures. De cette façon, si un travail inflammatoire se fait du côté de la synoviale, les points de suture ne tardent pas à céder, et le drain se trouve tout prêt à recevoir les produits inflammatoires.

De la Laryngotomie inter-crico-thyroïdienne (1).

Il y a quelque temps, nous attirions l'attention sur les avantages de cette opération chez l'adulte comparativement à la trachéotomie ordinaire. M. le docteur Richelot vient de rapporter l'observation de cinq malades auxquels il a pratiqué cette opération, une fois pour un rétrécissement syphilitique du larynx, quatre fois pour des cancers du même organe; dans tous les cas l'opération a été excessivement facile, bien supportée, et elle a donné aux malades un soulagement notable. M. Richelot pratique l'opération en trois temps, au bistouri. D'abord il incise la peau sur une longueur suffisante de façon que le milieu de l'incision réponde à la membrane thyro-cricoïdienne, puis il incise le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à la membrane qu'il fixe à l'aide du doigt; en troisième lieu il ponctionne cette membrane et y introduit la canule. Il est bon que celle-ci ne dépasse pas 10 millimètres de diamètre. Il faut aussi, pour l'introduire facilement, renverser la tête en arrière, ce qui tend à écarter l'un de l'autre les cartilages thyroïde et cricoïde et à dilater l'espace qui doit livrer passage à la membrane. Quand l'anneau du cricoïde gêne l'introduction de la canule, il est bon, non pas de le diviser verticalement, car chez l'adulte, la résistance de la partie postérieure du cartilage empêche tout écartement et peut causer une fracture, mais on peut, comme l'a fait une fois M. le professeur Panas, exciser une portion du cartilage, ce qui ouvre une voie beaucoup plus large aux instruments.

M. Richelot conclut donc de tous les faits qu'il a eus sous les yeux que la laryngotomie doit, chez l'adulte, à de rares exceptions près, être préférée à la trachéotomie.

M. Le Dentu préfère diviser la peau au thermo-cautère, ce moyen n'est pas plus long que le bistouri et il expose encore moins à l'introduction de quelques gouttes de sang dans la trachée. Chez le vieillard la laryngotomie est plus dangereuse que chez l'adulte, à cause de l'ossification des cartilages du larynx. M. Nicaise, qui a fait des expériences à ce sujet, signale le danger de fracturer les cartilages par l'introduction de la canule, accident assez fréquent dans ses expériences. Il a noté aussi que la muqueuse laryngée est beaucoup plus friable et se déchire très facilement. Enfin il est une complication qui dans un certain nombre de cas rend la laryngotomie impraticable. La lésion du larynx, néoplasique le plus souvent, peut descendre jusque dans la région de la membrane crico-thyroïdienne et même plus bas; or, au moment où l'on est appelé à intervenir, on ne sait pas toujours quelle est la cause ou l'étendue de l'obstacle qui s'oppose au passage de l'air; et, si l'on fait alors la laryngotomie, on s'expose à tomber en plein tissu morbide; c'est en effet ce qui est arrivé à quelques opérateurs. Aussi, dans les cas douteux, quand il n'y a point de diagnostic précis ou lorsque quelques signes ou renseignements font penser à l'existence possible d'un néoplasme du larynx, il est préférable de faire la trachéotomie. Je dirai plus, elle est absolument indiquée et il faut tâcher de la faire le plus bas possible afin que, s'il y a lieu d'intervenir plus tard pour extirper tout ou une partie du larynx, l'opérateur ne soit point gêné par la première opération. Bien m'en a pris d'avoir suivi cette ligne de conduite dans une circonstance récente. Appelé par un confrère à pratiquer la trachéotomie à un malade qui depuis quelque temps présentait de l'enrouement, et qui depuis la veille s'asphyxiait progressivement, je dus intervenir au plus vite sans chercher à faire un diagnostic positif, et, bien qu'il n'y eût aucune tuméfaction extérieure au larynx, je fis la trachéotomie ordinaire. Le malade supporta très bien l'opération et quelques semaines après on pouvait constater que sa glotte était oblitérée par une masse morbide semblant venir de la région sous-glottique du larynx. Peu à peu cet organe s'est tuméfié et récemment des phénomènes graves de compression nerveuse ont décidé à intervenir d'une façon plus active. La semaine dernière M. le docteur Labbé pratiquait sur cet homme, à l'hôpital Beaujon, sa troisième extirpation de larynx, avec son habileté ordinaire.

Nous trouvâmes un néoplasme volumineux occupant toute la hauteur de l'organe, englobant les car-

(1) *Société de Chirurgie*, 24 mars 1886.

tilages et remplissant toute la région cricoidienne, bien qu'il n'y eût encore aucune adénopathie de voisinage. Si, dans ce cas, j'avais cédé à mes préférences pour la laryngotomie, j'aurais fait une intervention mauvaise, inutile et gênante pour le moment où on a fait l'extirpation de l'organe.

Sur un cas de pseudo-coxalgie (1)

Le diagnostic de la coxalgie, dans ses premières périodes, est souvent des plus difficiles. et il est un nombre notable d'affections de la hanche ou du voisinage qui peuvent la simuler. M. le Dr Schwartz a communiqué récemment à la Société Médico-Pratique de Paris un fait des plus instructifs à cet égard. Une jeune femme de vingt-cinq ans se présente à l'hôpital, boitant de la jambe droite. D'aspect assez robuste, cette femme ressent durant la marche des douleurs qui s'irradient dans la cuisse, la jambe et le bassin. Quand on examine la malade couchée sur un lit, on observe une élévation légère de l'épine iliaque droite, d'où un raccourcissement apparent de ce côté et en même temps un léger degré d'ensellure lombaire que l'on peut corriger facilement, légère rotation du pied en dedans. Voilà bien des signes de coxalgie.

Mais, en examinant l'articulation, on n'y trouve ni gonflement ni douleurs à la pression ou à la percussion trochantérienne ; les mouvements d'adduction et de flexion de la cuisse sont possibles et non douloureux ; l'abduction, au contraire, est très douloureuse, et, quand on la provoque, on tend fortement les adducteurs qui paraissent être les seuls obstacles au mouvement. Etait-ce une contracture hystérique ?

La malade n'avait aucun antécédent nerveux ; de plus, la déviation du membre n'était pas aussi prononcée qu'elle l'est d'habitude dans ces cas.

L'examen de la cavité pelvienne par le toucher vaginal ou rectal permit seul d'éclairer le diagnostic.

Il existait une tumeur dure, du volume d'une orange, implantée sur la ceinture pelvienne, à sa face interne, entre la partie postérieure du trou obturateur et le sacrum ; non adhérente aux parties molles du petit bassin, elle refoulait le rectum en arrière contre le sacrum, et l'utérus en avant vers le pubis.

Cette tumeur comprimait évidemment le nerf obturateur, de là les phénomènes douloureux et la contracture des adducteurs, qui simulaient si bien la coxalgie au début. Le diagnostic devait donc, en définitive, se formuler : pseudo-coxalgie simulée par une contracture des adducteurs due à la compression du nerf obturateur par une tumeur pelvienne.

Dr Barette.

(1) *Journal de Méd. de Paris*, 1886, no 10.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Nous avons parlé, dans le temps, à la correspondance, du cas du Dr X. Nous trouvons la solution dans le *Journal de médecine* de Bordeaux.

Le secret professionnel.

Le Dr X... (de Beaume-les-Dames) vient, pour n'avoir rien révélé, d'être condamné en vertu de l'article 80 du Code d'instruction criminelle, ainsi conçu :

« Toute personne citée pour être entendue en témoignage sera tenue de comparaître et de satisfaire à la citation... Le juge d'instruction... pourra ordonner que la personne citée sera contrainte par corps à venir donner son témoignage. »

Ce médecin, interrogé sur les faits constatés par lui, *consultation confidentielle*, sur une jeune fille accusée d'outrage public à la pudeur, a cru devoir garder le silence, en invoquant l'article 378, qui punit d'amende et même de prison le médecin qui livre des faits connus de lui confidentiellement dans l'exercice de sa profession.

Le réquisitoire du procureur de la République allègue bien qu'une déclaration signée de la jeune fille et de sa mère a été fournie au médecin, l'autorisant à communiquer le résultat de sa consultation. D'autre part, ce réquisitoire constate que le refus du médecin a pour effet d'entraver la défense de l'accusée; mais le médecin objecte qu'il n'a pas été commis légalement pour procéder à l'examen de sa cliente et déclare qu'il est impossible au parquet, comme au juge, de discerner si sa déposition serait utile à la défense.

Le Dr X... en a référé au procureur général.

(*Journal de médecine de Bordeaux*).

II

Nous avons relevé, dans un remarquable discours prononcé par M. Saint-Philippe à la Société locale de la Gironde, plusieurs passages de nature à intéresser nos lecteurs.

En voici un relatif à l'enseignement de la déontologie :

« Vous avez émis un vœu, relatif à l'enseignement de la déontologie médicale, un enseignement officiel doublé de conférences officieuses et libres. Il y a longtemps, Messieurs, que cette critique très fondée a vu le jour ; c'est qu'on apprenait à pratiquer, mais non à exercer la médecine. Il est de fait que nulle part, en France, on n'enseigne aux jeunes la manière de se conduire vis-à-vis des clients, vis-à-vis des confrères, vis-à-vis de la Société. Bienheureux ceux que leur instinct guide dans le bon et droit chemin ! Et malheur à ceux que de fâcheuses habitudes d'éducation ou de milieu ont jetés dans les voies de traverse. Ce sont ceux-là, ces ignorants ou ces mal conseillés, qui deviennent plus tard nos irréguliers

et nos hérétiques. Certes, nous n'avons pas la sotte prétention de croire, comme quelques rêveurs, que l'instruction seule, à défaut de tout le reste, suffit à faire régner la vertu sur cette terre. Nous tenons seulement pour avéré qu'un homme averti en vaut deux qui ne savent rien, et que la diffusion de la semence morale paraît être encore la digue la plus efficace à opposer aux suggestions mauvaises.

Il faut donc enseigner aux débutants ce qu'ils doivent savoir; ces principes, ces règles et ces traditions qui germent au fond de quelques consciences privilégiées, qu'on se transmet les uns aux autres, à la diable, en courant, on ne sait trop comment, qu'une rude leçon apprend parfois aux plus maladroits. Il faut surtout écrire et imprimer ce recueil de *coutumes*, passées à l'état de lois, qui doit devenir notre code, sans en porter le nom trop solennel. Tracer les limites du bien et du mal est la première condition pour réprimer justement.

C'est pourquoi, voulant donner un commencement d'exécution à cette idée très juste — pourvu qu'elle se tienne dans la mesure voulue, — vous avez nommé une commission prise moitié dans l'Association, moitié dans les Syndicats (qui avaient pris l'initiative d'une proposition à cet effet). Cette Commission, composée d'hommes honorables et d'une maturité d'esprit à toute épreuve, est aujourd'hui au complet et prête à fonctionner. Dans une de nos plus prochaines réunions, nous aurons à juger le travail qu'elle nous apportera. »

M. Saint-Philippe a ensuite parlé de la **Caisse des pensions**, pour l'organisation de laquelle le *Concours médical* a été heureux de fournir son appui à M. Lande.

« Il est une œuvre dont la Gironde a été le berceau, grâce au zèle, au talent et au dévouement de nos estimables collègues, MM. Lande et Verdalle, je veux parler de la Caisse des Retraites du Corps Médical. A cette œuvre, dont nous avons fêté la naissance, nous avons prodigué nos éloges et nos encouragements. Cette Caisse est très avantageuse pour le Corps Médical et surtout pour ceux qui, avec le privilège de la jeunesse, ont une longue carrière à parcourir. Je n'ai pas à insister sur ces avantages, MM. Lande et Verdalle les ont suffisamment fait ressortir. En présence de cette institution, que nos règlements avaient fait pressentir, quel doit être le rôle de l'Association ? Quelle doit être sa conduite ? Ses sympathies se borneront-elles à des vœux stériles et platoniques, ou bien ne faudra-t-il pas intervenir d'une manière plus nette et plus catégorique ? L'action ne devra-t-elle pas se substituer aux discours et les sentiments faire place à une efficace intervention ? C'est là une question qui se pose et dont la solution exige une étude approfondie.

Songer à la retraite, au bien-être des derniers jours, est une bonne idée. Mais pour y atteindre, il faut vieillir et quelquefois, hélas ! la mort n'attend pas l'heure de la vieillesse pour se montrer. Elle frappe des confrères jeunes encore et elle les frappe souvent avant qu'ils aient eu le temps de pourvoir à l'éducation de leurs enfants. Il y a des familles médicales où de jeunes pupilles, privés de leur père, sans conseil, sans soutien et sans ressources, ne peuvent continuer ou commencer leurs études. Que faire? La réponse est simple et facile; nous mettre en mesure de remplacer autant que possible le confrère défunt, en fournissant à l'enfant les facilités de poursuivre ses études et les moyens de venir un jour dans notre Association y rappeler le souvenir de son père et y continuer les traditions de bonne confraternité médicale et d'honorabilité professionnelle. Ce sera une lourde charge, nous ne nous le dissimulons pas. Cependant l'Association qui s'intitule une Société de prévoyance doit-elle rester silencieuse en présence d'une tombe, ne doit-elle pas au contraire étendre son action au-delà et porter ses regards plus loin, en essayant de faire ce qu'aurait fait le confrère si la mort ne l'eût ravi aux affections de sa famille. Nous avons essayé d'entrer dans cette voie en favorisant l'instruction d'un fils d'un de nos confrères décédés. A l'aide d'une bourse obtenue dans un établissement et moyennant quelques allocations supplémentaires fournies par la Caisse, nous nous sommes mis en mesure de permettre à un charmant et intelligent enfant de faire ses études classiques. Voilà un premier pas, un premier essai, mais notre intention serait de pouvoir arriver à créer à nos frais une ou plusieurs bourses entières au nom de l'Association et en faveur des enfants de nos confrères.

Une autre question à étudier, c'est celle des **confrères malades**. Les médecins ne se font jamais défaut de conseiller le repos à leurs malades, mais il faut reconnaître que c'est le précepte qu'ils mettent le moins en pratique pour eux-mêmes. Plus d'une fois, le médecin traitant est plus gravement atteint que le patient. Dévouement, abnégation, telles sont les fleurs de rhétorique employées à décorer une pareille situation. Cependant il est des cas où la maladie brise les meilleures volontés et anéantit les courages les plus fermes, il faut songer forcément au repos. Mais, si le repos est utile à la santé, s'il favorise la guérison, il peut avoir une autre conclusion dans les affaires de la famille. En Angleterre, on a imaginé des Caisses d'assurance en cas de maladie. N'y aurait-il pas lieu d'en faire bénéficier le Corps médical et de rechercher comment nous pourrions arriver à pallier les fâcheuses conséquences de la maladie ? Ici votre concours nous sera absolument indispensable. Que chacun veuille bien consentir à nous faire connaître ses journées de maladie, afin de dresser une statistique sérieuse, destinée à établir le chiffre probable des dépenses annuelles qui seraient nécessaires pour faire face à ce nouveau genre d'allocation.

Comme vous le voyez, l'avenir est gros de questions et, si nous ne songeons pas à nous aider, personne ne viendra à notre secours. Nous sommes réunis en Association, continuons à former un faisceau. Si d'autres luttent pour leur existence, tâchons de conserver la nôtre, efforçons-nous de l'améliorer. Profitons du présent et ne remettons pas indéfiniment au lendemain le soin de nous mettre en mesure de pallier les misères qui peuvent nous assaillir. »

Nous ne pouvons qu'applaudir aux généreuses paroles de notre confrère bordelais. Nous prions nos

lecteurs de se reporter aux numéros du *Concours Médical* de 1884 et 1885, dans lesquels nous avons abordé, les premiers, croyons-nous, dans la presse médicale française, ces questions des **Pupilles du corps médical** et de l'**Assurance en cas de maladie.**

RECUEIL DE FAITS

Curieuse guérison d'un ptérygion.

M. P..., âgé de 68 ans, a toujours joui d'une bonne santé.

En 1872, il reçut dans l'œil gauche un petit éclat de fer qui causa une conjonctivite de peu d'intensité.

En 1875, il se forma du même côté un ptérygion dont la base regardait l'angle interne de l'œil. Pendant quelque temps il ne causa au malade que fort peu de gêne, mais à la longue il s'épaissit, empiéta sur la cornée et obscurcit une partie du champ visuel. Pendant les années 1876-77, M. P... se fit fréquemment cautériser au nitrate d'argent, mais sans résultat; il en était même arrivé à ne plus voir de l'œil malade.

Se trouvant à Paris en 1878, il se fit opérer par le docteur Frébault, l'opération réussit parfaitement. Mais au bout d'un an elle récidiva et aboutit au même résultat, c'est-à-dire à un obscurcissement complet du champ visuel. M. P... ne fit aucun traitement médical, remettant de jour en jour une opération qu'il jugeait nécessaire. Sur ces entrefaites, en 1880, ses occupations l'appelèrent dans un moulin à écorce de chêne qu'on emploie dans la tannerie; il y vécut quinze jours entouré d'une atmosphère fortement imprégnée d'une fine poussière de tan. Au bout de ces quinze jours, il s'aperçut que le ptérygion avait beaucoup *diminué d'épaisseur*; il partit néanmoins mais remarqua très nettement qu'à partir de ce moment le ptérygion resta stationnaire; quelques semaines après il revint au moulin, y resta vingt jours et en sortit complètement guéri cette fois, grâce, sans aucun doute, à l'atmosphère tannique dont il était entouré.

Depuis lors, la maladie n'a pas récidivé et M. P... qui est âgé de 68 ans, lit et écrit sans lunettes.

Dr RUELLE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

I

Cercle médical de l'arrondissement de Montmorillon.

SÉANCE DU 2 MARS 1886.

Les membres du cercle se sont réunis à Montmorillon le 2 mars 1886.

Etaient présents :

MM. Bernard, de Persac; Berthon, de la Trimouille; Guillé, de Montmorillon; Guillemot, de Saint-Savin; Litardière, de Lussac-les-Châteaux; Marsat, de Lathus; Pascaud, de Saint-Savin; Piorry, de Verrières; Ponteil, de l'Isle-Jourdain; Robin, de Saint-Savin; des Roseaux, de Montmorillon; Thiaudière, de Adriers.

Le temps, affreux ce jour-là, a empêché quelques confrères de venir. Les absents se sont excusés par lettre.

A l'unanimité, ont été renommés pour trois ans les docteurs : A. LITARDIÈRE, syndic et A. GUILLÉ, assesseur. On a décidé que dorénavant les réunions auraient lieu alternativement dans les différents chefs-lieux de canton de l'arrondissement. Le premier rendez-vous est pris pour le 1er juillet prochain, à Saint-Savin.

II

Syndicat médical du département d'Alger

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 19 DÉCEMBRE 1885.

La séance est ouverte sous la présidence de M. le docteur Texier.

ALLOCUTION DU PRÉSIDENT

M. le Président retrace en quelques mots les travaux du syndicat depuis l'année dernière; il constate le peu d'importance de ces travaux et en rejette, en grande partie, la faute sur les médecins syndiqués, qui ont montré peu d'empressement à assister aux réunions. Il ne cache pas son découragement. Toutefois, il exprime l'espoir que cette défaillance d'un certain nombre de syndiqués ne sera que passagère. Il dit quelques mots du procès de Domfront, qui a dénié aux syndicats médicaux la personnalité civile; beaucoup de médecins, en France, ont protesté et pétitionné pour la réforme de la loi appliquée par les juges de Domfront. M. le Président termine son allocution en souhaitant à ces médecins de réussir.

M. le Secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière Assemblée générale, qui est adopté.

Conformément à un désir exprimé dans la lettre de M. Marcailhou, on décide que les prochaines Assemblées générales auront lieu, autant que possible, de une heure à trois heures, et les mêmes jours que les réunions de l'Association départementale des médecins, afin d'épargner de longs et nombreux déplacements à nos confrères de l'intérieur.

EXPOSÉ DE LA SITUATION GÉNÉRALE

M. le Secrétaire. — Messieurs, je me propose de vous retracer en peu de mots les progrès faits par notre syndicat depuis notre dernière Assemblée générale du 28 juin 1884, d'examiner si ces progrès répondent bien à notre attente et enfin de rechercher les causes qui ont pu les empêcher d'être plus grands, plus décisifs et aussi plus nombreux.

Il y a un an, le syndicat comptait quarante-quatre adhérents sur cent et quelques médecins qui exercent dans le département d'Alger, c'est-à-dire plus d'un tiers et pas tout à fait la moitié. Depuis lors, six adhésions nouvelles sont venues grossir notre rang.

Mais, en revanche, le décès du docteur Muratet, le départ des docteurs Lévy, Morsly, Rieu, les démissions des docteurs Trolard et Vincent sont venus les diminuer d'autant. Au point de vue numérique donc, le syndicat n'a pas fait de progrès depuis l'an dernier, il est resté stationnaire.

A l'époque dont je parle, le syndicat comptait seulement deux groupes au complet : celui d'Alger-Mustapha-Saint-Eugène et celui de la Mitidja; quatre autres étaient projetés : ceux de la Kabylie, du Chéliff et de Cherchell. Aujourd'hui, un nouveau groupe s'est constitué, celui du Sahel; et nous devons reconnaître que ce dernier, né sous l'active et habile direction de l'un de ses syndics, M. le docteur Destival, a montré une activité et une vitalité qu'on ne peut qu'offrir en exemple à ses aînés et souhaiter aux groupes à venir. Il s'est constitué, a choisi ses syndics, s'est imposé une cotisation supplémentaire, a adopté un tarif minimum d'honoraires pour sa région, et a saisi le bureau de plusieurs questions d'exercice illégal de la médecine par des pharmaciens, de concurrence par des médecins militaires, et d'arbitraire des municipalités, qui seront de très utiles documents pour l'achèvement de notre règlement syndical. De ce côté donc il y a eu progrès, progrès évident, mais malheureusement limité, puisque trois des groupes projetés sont encore à l'état embryonnaire.

Hors du département d'Alger, l'idée syndicale n'avait guère eu d'écho. Une lettre de M. le docteur Lelièvre est venue nous apprendre, depuis, que nos confrères d'Oran étaient disposés à suivre nos traces. Là encore, nous trouvons donc un progrès, mais un progrès trop restreint, car nous ignorons si les confrères oranais ont réussi à passer du désir à l'exécution, et nos confrères du département de Constantine continuent à demeurer tout à fait étrangers au mouvement syndical.

Pourquoi donc, messieurs, nos progrès ont-ils été si lents et si incertains ? Cela tient à plusieurs causes.

D'abord, il est survenu, comme il fallait s'y attendre, quelques difficultés résultant de la coexistence de l'Association et du syndicat.. Vous n'ignorez pas que le syndicat a pris naissance au sein même de l'Association, salué à sa naissance par une majorité qui voyait en lui le complément de l'Association, destiné à vivre librement à côté d'elle et en bonne harmonie avec elle. C'est encore l'opinion de la majorité, tant à l'Association qu'au Syndicat. Mais vous n'ignorez pas non plus qu'en France plusieurs Associations locales ont fait un accueil plus froid, hostile même aux syndicats, et ceux-ci en ont quelquefois gardé rancune. Il s'est donc, sur certains points de la métropole, établi entre les Associations locales et les syndicats une sorte d'antagonisme dont l'écho est venu jusqu'ici troubler la quiétude de quelques confrères : les uns ne sont pas venus à nous ; d'autres, après y être venus, nous ont quittés. Le remède à cela, c'est d'affirmer constamment, comme nous n'avons cessé de le faire, notre intention de vivre en bonnes relations avec l'Association, ce qui est d'autant plus facile que la grande majorité d'entre nous fait à la fois partie de l'une et l'autre Société. C'est encore de travailler à bien limiter la tâche qui incombe à chaque Société, puisque chacune d'elles ne peut que gagner à ne s'occuper que de ce qui est bien de son ressort et à se reposer pour le reste sur sa voisine. L'Association, par exemple, a revendiqué le droit de juger les différends entre confrères. Nous ne voyons aucun inconvénient à le lui laisser dans la pratique ; d'autant plus que ces conflits, toujours délicats, prennent beaucoup de temps et paralysent l'essor d'une Société en voie de formation comme notre syndicat. Toutefois, nous ne croyons pas devoir abandonner en principe le droit de juger les différends entre confrères; car il peut se présenter le cas où deux confrères syndiqués ne feraient pas partie de l'Association et échapperaient ainsi à sa juridiction. Nous avons même émis l'idée que chaque Société devrait avoir le droit de juger ses membres en premier ressort, et, qu'en cas d'appel, ce devrait être aux deux Sociétés réunies à prononcer un jugement définitif.

Une autre cause est venue s'ajouter à cette première cause d'insuccès. Disons-le franchement sans crainte de froisser quelques collègues qui, depuis, d'ailleurs, partagent, ou peu s'en faut, nos convictions à cet égard, on a péché par excès de zèle. C'est un bon défaut dont on se corrige plus aisément que du défaut contraire. Donc on a voulu trop réglementer, et réglementer trop sévèrement. Cela encore a provoqué des démissions : les unes définitives, les autres provisoires, et des hésitations qui auraient pu bientôt se changer en démissions. Cela a dû arrêter sur notre seuil plus d'un confrère timoré, désireux pourtant d'entrer au syndicat. Nous l'avons compris, messieurs ; vous en verrez la preuve tout à l'heure dans les modifications que nous vous proposerons pour l'un de nos règlements. Nous avons toujours, du reste, soutenu cette idée que ce ne sont pas les règlements les plus sévères, mais les mieux appliqués, qui sont le plus efficaces. Or, en général, un règlement sera d'autant mieux appliqué qu'il sera moins sévère, parce qu'alors il aura l'assentiment de tous. Il faudrait, au début du syndicat, n'adopter guère que des mesures votées à l'unanimité. Plus tard, quand l'institution aura fait ses preuves, la simple majorité pourra suffire. Et, si quelque règlement est reconnu trop doux, rien n'empêchera de le rendre plus rigoureux ; car la nécessité de cette rigueur sera rendue évidente par l'expérience, même aux yeux des partisans les plus résolus de mesures de douceur.

La dernière cause qui s'est opposée à ce que le syndicat fît plus de progrès, ç'a été l'incertitude où l'on est resté de son existence légale. En effet, pour beaucoup, la personnalité civile du syndicat, grâce à laquelle il pourrait ester en justice, prérogative refusée à l'Association, était sa vraie raison d'être.

Dès que les Cours d'Appel et de Cassation ne reconnaissaient pas aux médecins le droit de se syndiquer, l'argument s'effondrait. Messieurs, regardons-y de plus près et nous verrons deux choses : la première, c'est que le droit d'ester en justice n'est pas la seule, ni même la principale raison d'être des syndicats. Lorsque ceux-ci, prenant en mains certains intérêts matériels et un peu terre-à-terre que l'Association est forcée de délaisser, auront, par l'adoption de tarifs minimum et d'un livre de renseignements (disons le mot : d'un livre noir) assuré le

recouvrement plus régulier de nos honoraires, nous n'aurons que rarement l'occasion d'ester en justice. Le syndicat peut encore, toujours sans être forcé d'ester en justice, mais par le seul appui mutuel que se prêteront ses membres, améliorer notre situation vis-à-vis des Sociétés de secours mutuels, municipalités, etc. Vous le verrez tout à l'heure. Il peut, avec avec un Bureau chargé de colliger les renseignements, aider les jeunes médecins dans le choix d'un poste médical, aider les médecins déjà établis dans le choix d'un remplaçant intérimaire ou d'un successeur définitif. Il y a longtemps que le « Concours médical » a inauguré ce genre de services.

La deuxième raison, c'est que le refus de la personnalité civile aux syndicats n'entraîne pas leur disparition. Ils peuvent exister en vertu d'autorisations particulières (et nous avons la nôtre) et même en vertu d'une simple tolérance, comme ont existé longtemps les syndicats ouvriers; jusqu'au jour prochain où une loi nouvelle viendra remédier à la fâcheuse lacune de la loi actuelle sur les syndicats. Notez bien qu'en effet, si la Cour de cassation a voté contre l'existence légale des syndicats médicaux, ce n'est que parce qu'elle n'a pas vu la profession médicale inscrite dans la loi actuelle, et qu'elle a dû appliquer la loi et non l'interpréter. Mais ce droit d'interprétation que la Cour n'a pas, les députés l'ont et s'en serviront en notre faveur, nous en sommes convaincus.

M. le Trésorier fait ensuite l'exposé de la situation financière.

Puis l'assemblée s'occupe des questions à l'ordre du jour.

Amendements et complément du règlement

Les modifications proposées par M. Moutet aux articles 1, 2, 3, 4 et 5, du chapitre II du règlement et tendant à adoucir la rigueur de ces articles sont adoptées. Les anciens articles 6, 7, 8 et 9 sont conservés.

M. Rey lit des considérations sur nos rapports avec les Sociétés de secours mutuels, les hôpitaux, les tribunaux, l'Etat et les municipalités; il conclut à une réforme nécessaire d'usages surannés et à l'établissement d'une règle plus en harmonie avec les nécessités actuelles. Ses conclusions concernant les Sociétés de secours sont adoptées comme 3e chapitre du règlement du syndicat.

M. Caussidou, à la suite d'un consciencieux travail sur la déontologie médicale, résume ses conclusions en dix articles qui sont tous adoptés sauf l'avant-dernier. Les neuf articles adoptés formeront le 4e chapitre du règlement du syndicat.

M. le Président renouvelle et fait adopter sa proposition d'écrire aux présidents de Sociétés de secours pour leur demander certains renseignements nécessaires à l'achèvement du travail confié à M. Rey.

Relativement à la pétition organisée par le « Concours médical » pour la révision de la loi sur les syndicats, on décide de prier M. l'Administrateur du Concours d'envoyer un nombre d'exemplaires de cette pétition suffisant pour en adresser à tous nos confrères syndiqués.

M. le Dr Merz, en raison des adoucissements apportés au chapitre 2 du règlement, déclare qu'il retire définitivement sa démission.

La séance est levée à 6 h. 1/2.

Le Président,
L. Texier.

Le Secrétaire,
L. Moreau.

NOUVELLES

— La souscription pour l'Institut Pasteur s'élevait après la dixième liste à 500453 francs.

Concours de l'agrégation de chirurgie et accouchements. — Les épreuves d'admissibilité sont terminées, les vingt candidats dont les noms suivent ont été admis à subir les épreuves définitives :

1° *Chirurgie* : MM. Augagneur, Barette, Brun, Denucé, Etienne, Forgue, Gangolphe, Jalaguier, de Lapersonne, Nélaton, Picqué, Pousson, Schwartz, Truc et Vautrin;

2° *Accouchements* : MM. Auvard, Bar, Gerbaud, Maygrier et Rémy.

Nous adressons nos félicitations à notre collaborateur Barette pour cet excellent début.

— Deux autres des Russes de Smolensk mordus par un loup enragé ont succombé à des accidents rabiques 52 et 55 jours après la morsure. Ceux de leurs compagnons qui avaient terminé le traitement de Pasteur et n'étaient pas retenus par leurs blessures sont repartis pour leur pays. D'autres Russes également victimes de morsures de loup ont été amenés ces jours derniers à M. Pasteur. Le professeur Loeventhal qui a été médecin dans le Caucase écrit à la *Semaine médicale* que la rage après morsure de loup est considérée par tous les habitants de la Mingrélie comme absolument incurable.

BIBLIOGRAPHIE

— **Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie** par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un volume grand in-8° de 1700 pages, avec figures et planches 2e édition, entièrement refondue, chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. (*Ouvrage couronné par l'Institut de France.*) Prix : 28 francs.

— ***L'allaitement maternel***, **conseils aux mères de famille** par le Dr *Talbert* ancien inspecteur de la direction municipale des nourrices de la Ville de Paris.

NÉCROLOGIE

— Nous apprenons la mort de M. le professeur honoraire Bouchardat.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année N° 16 17 Avril 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Si le principe d'association doit être, comme nous le pensons, le plus puissant levier des réformes dans la société moderne et dans notre profession en particulier, c'est à la condition absolue que toute garantie soit accordée à l'individu contre l'arbitraire de ses coassociés.

Nous appelions, il y a peu de temps, l'attention sur les conditions d'exclusion des membres de notre Association générale, et nous formulions la crainte qu'elles n'eussent pas été strictement observées dans une récente et regrettable affaire dont nous avons indiqué les traits principaux (n° 12). Il s'agissait de l'exclusion que le bureau de la Société locale des Bouches-du-Rhône avait prononcée contre M. le docteur Albenois, accusé d'avoir été l'auteur de *Silhouettes médicales*, signées « Dr Herpès », où la réputation et le caractère de certains confrères avaient été attaqués. Nous avons, avec une impartialité absolue, enregistré les réclamations de M. le docteur Albenois contre son exclusion, et la lettre de M. le docteur Fioupe, secrétaire de la Société locale, nous informant que cette exclusion avait été conforme aux règlements. Nos lecteurs seront, sans doute, satisfaits de connaître les incidents qui se sont déroulés depuis lors.

La veille de l'assemblée générale de la Société locale, c'est-à-dire le 17 mars, une quarantaine de confrères de M. le docteur Albenois se sont réunis pour aviser au meilleur moyen de protester contre le vote d'exclusion de celui-ci et le faire annuler. On a vivement critiqué dans cette réunion le Conseil d'Administration d'avoir exclu, sans l'entendre, M. Albenois, empêché par la maladie de pouvoir se défendre, et de l'avoir condamné sur les simples allégations d'un confrère qui, aujourd'hui, les désavoue et dit les avoir tenues d'une tierce personne, laquelle s'est également défendue de les avoir avancées. Dans cette même réunion a été lue une lettre d'un médecin, ami de M. Albenois, qui, accusé d'avoir désigné celui-ci comme l'auteur des « Silhouettes », repousse énergiquement cette imputation, comme aussi celle d'avoir été lui-même le signataire des fameuses « Silhouettes ».

La séance du 18 mars a été, paraît-il, orageuse; mais la cause de M. Albenois y a triomphé, puisque, le 22 mars, M. le docteur Fioupe, secrétaire, informait M. Albenois que, à une très grande majorité, le vote d'exclusion avait été annulé comme ayant été rendu sans que l'objet en eût été porté à l'ordre du jour (article 16 du Règlement intérieur) et sans que, à ce défaut, l'urgence en eût été prononcée par un vote préalable (art. 18). En outre, à l'issue de cette séance, les membres du Bureau et du Conseil d'Administration démissionnaient collectivement, et M. Albenois recevait, le 24 mars, une convocation pour une assemblée générale extraordinaire devant avoir lieu le 1er avril et dont l'ordre du jour portait constitution d'un Bureau provisoire, destiné à présider à de nouvelles élections générales. C'est ainsi que M. le docteur Albenois s'est vu réintégré dans l'Association.

A coup sûr, voilà une affaire bien déplorable et qui n'est pas de nature à faire considérer comme suffisantes les garanties que les membres de l'Association ont contre le mauvais vouloir éventuel ou l'animosité irréfléchie de leurs coassociés. M. Albenois nous avait dit, dans une précédente lettre, qu'il avait, dès son exclusion, adressé une protestation à M. le docteur H. Roger, président du conseil général de l'Association, suprême recours contre l'arbitraire des Sociétés locales. Nous n'avons pas appris que réponse ait été faite à sa protestation.

Revenons à l'étude du Dr A. J. Martin sur la révision de la législation médicale (1). Au sujet de l'**exercice de l'art dentaire**, le comité d'hygiène a reconnu, comme M. Chevandier, que la profession de dentiste devait être interdite à toute personne non munie d'un diplôme de docteur ou d'officier de santé ; toutefois il admet que le droit d'exercer cette profession pourrait être, par disposition transitoire, maintenu à tout dentiste âgé de plus de 35 ans et justifiant, par la production de sa patente, de cinq années d'exercice au jour de la promulgation de la loi ; cette tolérance ne donnerait dans aucun cas aux dentistes se trouvant dans ces dernières conditions le droit de pratiquer l'anesthésie.

A propos des **Sages-femmes**, M. Martin demande qu'on spécifie dans la loi qu'elles ne doivent employer les instruments dans le cas d'accouchement laborieux qu'avec l'assistance d'un docteur et n'ordonner de médicaments, avant l'arrivée du médecin, que pour parer seulement à des accidents graves, tels qu'une hémorrhagie. Si c'est à l'ergot de seigle que M. Martin fait allusiou, il nous semble que le moment ne va pas tarder à venir où on pourra défendre absolument aux sages-femmes de s'en servir ; car, d'après les accoucheurs modernes, les iudications en deviennent de plus en plus limitées, et, dans les hémorrhagies notamment, la pratique des injections intra-utérines d'eau très chaude, la compression, les stimulants et les toniques paraissent devoir suffire dans l'immense majorité des cas. Nous sommes de ceux qui croient que les cas où l'ergot fait du mal sont plus nombreux que ceux où il fait du bien.

M. Martin voudrait qu'on reconnût légalement aux sages-femmes la pratique des vaccinations et revaccinations varioliques. Ici nous demandons à distinguer la vaccination avec le vaccin animal d'avec le choix d'un sujet vaccinifère pour l'inoculation de bras à bras. Pour pratiquer la vaccination avec du vaccin de génisse, il suffit de s'approvisionner à un bon fournisseur, et il u'y a pas d'accidents contagieux à redouter, tandis que, pour choisir un vaccinifère exempt de tout soupçon de syphilis, il faut être absolument médecin.

L'exercice de la médecine par les **Médecins étrangers** est un point important de la loi. M. Martin rappelle les prescriptions du projet Chevandier et conclut avec M. Brouardel et le comité d'hygiène que la loi doit exiger que les médecins reçus à l'étranger, quelle que soit leur nationalité, ne puissent exercer la médecine en France qu'à la condition d'avoir subi les épreuves exigées par la législation française.

« Pour être admis à subir ces épreuves, ils doivent avoir obtenu l'équivalence des études antérieures à la scolarité et l'équivalence de la scolarité elle-même, après avis des Facultés compétentes et du Comité consultatif de l'enseignement supérieur. Toutefois, il est juste que le ministre, mais seulement eucore après avis du Comité et de la Faculté, puisse dispenser un médecin reçu à l'étranger des épreuves portant spécialement sur les matières d'enseignement qui forment l'objet des deux premiers examens du doctorat actuel, et comportent ainsi des études toutes élémentaires, telles que la physique, la chimie, l'histoire naturelle médicale, l'anatomie, l'histologie et la physiologie. Toute autre dispense risquerait d'ouvrir la porte à des abus nombreux. »

Pour ce qui concerne les médecins des départements frontières, M. Martin fait allusion aux conventions diplomatiques spéciales, telles que celles qui ont été établies le 22 janvier 1880 avec le grand-duché de Luxembourg et le 12 janvier 1881 avec la Belgique. Mais il oublie de dire, ou peut être ignore-t-il, qu'elles ont été établies sans l'assentiment des intéressés français et qu'elles auraient peut-être besoin d'être révisées dans un sens plus avantageux pour nos compatriotes.

La **répression de l'exercice illégal** est le côté le plus important de tout projet de révision.

(1) *Concours médical* no 15 et *Gazette hebdomadaire* nos 8 et 15.

FEUILLETON.

Dans un moment où la question de la laïcisation des hôpitaux tient une grande place dans les conversations des médecins, il nous a semblé intéressant de reproduire quelques extraits d'un remarquable article récemment paru dans la *Nouvelle Revue* (15 mars 1886) et intitulé :

Les servantes des pauvres (1).

Pour voir se dégager très nettement les deux principaux et vivants arguments du procès engagé ntre les laïcisateurs et les conservateurs, il faut tout d'abord mettre hors de cause les communautés religieuses qui ne sont pas absolument hospitalières.

Cette élimination faite, on reste en présence de la seule communauté des Sœurs Augustines qui n'existent que pour les hôpitaux et par les hôpitaux.

La religieuse augustine est le type pur de la servante congréganiste des pauvres malades, comme la surveillante ou officière, celui de la servaute laïque. C'est entre ces deux individualités que se partagent actuellement les services hospitaliers les plus importants de la ville de Paris ; c'est pour la substitution absolue de la surveillante à la religieuse ou pour le maintien de l'état actuel que les discussions sont engagées dans la grande assemblee municipale.

Les critiques adressées aux religieuses desservantes de l'Hôtel-Dieu au xve et au xvie siècle, ne se distinguent guère de celles dont on devait les poursuivre plus tard.

Indisciplinées, volontaires, opiniâtres, patientes et habiles dans leur résistance, elles faisaient de l'Hôtel-Dieu comme leur domaine privé ; elles y luttaient contre les commissaires laïques, et en dépit de leurs vœux, restaient parfois sourdes même aux représentations de leurs supérieurs spirituels.

Ces défauts, elles les compensaient par une abné-

(1) Nous remercions Mme Adam de nous autoriser à faire cet emprunt à la *Revue* qu'elle a fondée et dirige si habilement.

M. Martin insiste sur la nécessité de définir avec beaucoup de soin ce délit et rend justice aux précautions prises à ce point de vue par M. Chevandier. Voici la définition adoptée par le comité consultatif d'hygiène.

« Exerce illégalement la médecine, dit son projet : 1° toute personne qui, n'étant pas munie d'un diplôme de docteur en médecine ou d'officier de santé, délivré conformément anx articles qui précèdent, prend part aux traitement des maladies et affections médicales ou chirurgicales, ainsi qu'à la pratique des accouchements, soit par des conseils habituels, soit par des manœuvres opératoires ou applications d'appareils; 2° toute sage-femme sortant des limites fixées à l'exercice de sa profession par la loi; 3° toute personne qui, muuie d'un titre régulier, sort des attributions que ce titre lui confère, notamment en prêtant son concours aux personnes visées dans les paragraphes précédents, à l'effet de les soustraire aux prescriptious de la loi; 4° tout dentiste autorisé, c'est-à-dire non docteur ou officier de santé, qui pratique l'anesthésie. Ces diverses dispositions ne sont pas applicables aux élèves en médecine que le médecin place auprès des malades. »

M. Martin critique M. Chevandier et la Commission de la Chambre précédente de s'être ingéniés à établir un grand nombre de catégories et d'échelles de peines, à l'égard des divers moyeus d'exercer illégalement la médecine; il pense que ce serait offrir à l'indécision naturelle de la jurisprudence trop de prétextes et mettre souvent le magistrat dans un embarras forcémemt préjudiciable au corps médical. Voici les péualités proposées par le comité consultatif d'hygiène.

« Quiconque exerce illégalement la médecine, est puni d'une amende de 100 à 500 francs; en cas de récidive, l'amende pourra être élevée au double, et les coupables pourront être en outre punis d'un emprisonnement de quinze jours à un an. Si l'exercice illégal de la médecine est accompagné d'usurpation de titre, l'amende peut être élevée de 1000 à 2000 francs; en cas de récidive, elle pourra être portée au double, et les coupables pourront, en outre, être punis d'un emprisonnement de six mois à un an... Il y a récidive lorsque, dans les cinq années antérieures, le prévenu a été condamné pour l'un des délits prévus par la loi... La suspension temporaire ou l'incapacité absolue de l'exercice de la médecine peuvent être prononcées, accessoirement à la peine principale, contre tout médecin, officier de santé, dentiste autorisé ou sage-femme, qui est condamné : 1° à une peine afflictive ou infamante; 2° à une peine correctionnelle pour crime de faux, pour vol ou escroquerie, pour crimes prévus par les articles 316, 317, 331-335 et 345 du Code pénal; 3° à une peine correctionnelle, prononcée par une Cour d'assises, pour des faits qualifiés crimes par la loi. En aucun cas, la suspension temporaire ou l'incapacité absolue n'est applicable aux crimes ou délits politiques. »

Nous sommes heureux de voir M. Martin revendiquer nettement pour les médecins associés ou syndiqués le droit de se porter collectivement partie civile, et nous croyons utile de reproduire le passage de son travail où il oppose les opinions des jurisconsultes sur ce point à celles que le bon sens suggère au commun des mortels.

« La jurisprudence a jusqu'ici déclaré les associations de médecins autorisées non recevables à se porter parties civiles en pareil cas. Les opinions des jurisconsultes sont singulièrement curieuses à ce sujet : au point de vue du dommage matériel, dit l'un d'eux, lorsqu'il y a plusieurs médecins dans une localité, comment affirmer que la clientèle détournée par l'usurpateur serait allée plutôt chez tel titulaire que chez tel autre ? peut-être se serait-elle rendue tout entière chez un seul ou seulement chez quelques-uns des docteurs, et, en accordant réparation à tous, on risque d'accorder à certains d'entre eux un bénéfice, non plus une indemnité. L'expression « corps médi-

---

gation souvent parfaite, restée leur vertu dominante jusqu'à nos jours.

La surveillante n'est point une nouvelle venue dans la vie hospitalière. Elle a son histoire, histoire moins ancienne que celle de la religieuse augustine, histoire séculaire pourtant. On compte à la Salpêtrière, leur principal lieu d'origine, plusieurs générations de surveillantes, parmi lesquelles la tradition note d'admirables sujets, de précieux exemples de dévouement, de charité simple et touchante, d'intelligente sollicitude pour les pauvres.

Le public se figure communément que la laïcisation consiste à substituer violemment aux religieuses des volontaires de la charité, des hospitalières improvisées, le plus souvent sujettes à caution, telles, en un mot, que les représentent, à la mauière noire, les adversaires de la réforme. C'est une erreur dont il doit revenir. La surveillante est, au même titre que la religieuse, une création purement hospitalière; elle peut revendiquer une origine aussi noble, un patronage aussi bienveillant.

Comme ses sous-ordres dans la hiérarchie administrative, c'est-à-dire la sous-surveillante et la suppléante, elle se recrute de deux façons. Ou elle est une enfant des hôpitaux, ayant débuté dans les emplois inférieurs, ou elle est une personne du monde, déchue d'une situation relativement prospère et venant chercher dans les établissements hospitaliers une position modeste, honorable et sûre. Dans ce deruier cas et quand son intelligence, son instruction, son zèle affirmé, la recommandent d'une façon spéciale, l'administration des hôpitaux peut lui épargner et lui épargne souveut, en effet, l'épreuve d'un début dans l'emploi subalterne de fille de service ou d'infirmière. Mais toute fille de service, toute infirmière, faisant ses preuves d'aptitude et d'instruction, pouvait prétendre anciennement et peut, mieux encore aujourd'hui, les cadres de ce personnel s'élargissant tous les jours, prétendre à un brevet de sous-surveillante, puis de surveillante. Il y a, parmi les surveillantes, des femmes, des veuves, des filles de fonctionnaires, *de médecins*; il y a des filles de surveillantes et des filles d'infirmières ou d'infirmiers.

cal », fait-on observer d'autre part, n'a aucune valeur juridique ; les médecins ne forment pas une corporation et par conséquent il n'y a pas entre eux une solidarité morale.

Un arrêt de la cour de Grenoble, à la date du 26 mai 1859, mérite une certaine célébrité : il s'agissait d'une poursuite exercée par un certain nombre de médecins de Lyon contre une femme qui exerçait sans aucun titre la médecine dans cette ville ; la cour estima « qu'aucun de ces médecins ne pouvait articuler un préjudice causé à ses intérêts *privés*, ni justifier d'une diminution apparente apportée à sa clientèle par la concurrence illégale dont il se plaint ; attendu, ajoute l'arrêt, que cette concurrence n'est que le résultat d'une confiance aveugle, irréfléchie peut-être, que les malades accordent à cette femme ; qu'il paraît constant dans la cause que la plupart de ces malades étrangers à la ville de Lyon n'y sont en aucune façon attirés par le besoin de consulter les notabilités médicales de la cité, mais le désir unique de recevoir les avis de cette femme et de s'en remettre à ses conseils ; ...attendu que ces médecins ne peuvent pas même se prévaloir au procès d'un prétendu préjudice moral ; qu'en effet, si la réputation et l'honneur du corps médical peuvent être quelquefois affectés, quand il s'agit d'individus se parant, sans aucun droit, des titres de docteur et d'officier de santé, et s'abritant sous ces titres usurpés pour exploiter la crédulité et compromettre la santé publique, il n'en saurait être de même dans la cause où il s'agit d'une femme n'invoquant ni titre ni diplôme, ne recourant ni aux prospectus ni aux annonces pour attirer le public, se bornant à ne pas refuser des soins à ceux qui les réclament ». Comme en termes... juridiques ces choses-là sont dites ! Ainsi, les défenseurs naturels des intérêts professionnels du corps médical, ces associations, ces syndicats qui pourraient, entre autres services, lui rendre celui de peser de leur autorité collective en faveur du praticien lésé dans l'exercice légitime de sa profession, sont déboutés par des arguments de cette valeur ; les collectivités de ce genre n'ont pas qualité pour ester en justice ; en dehors des secours à fournir aux sociétaires, les associations sont sans droit et par suite sans action. Mais, si l'État confère aux médecins certains privilèges, ne serait-ce donc pas dans l'intention que ces privilèges puissent être utiles à la santé publique? En droit, et à titre individuel seulement, la poursuite de la réparation du préjudice que lui cause l'exercice illégal de la médecine lui est permise ; en fait, les circonstances l'en empêchent le plus souvent ; veut-il en charger l'un de ses soutiens naturels, une association médicale régulièrement autorisée, le tribunal estime que celle-ci n'a pas qualité à cet effet, ou, si la plupart de ses membres, les membres du bureau, par exemple, se portent personnellement et à la fois parties civiles, on s'étonne avec simplicité qu'un préjudice quelconque puisse être, en bonne conscience, causé à leur renommée par un médicastre qui néglige le diplôme, mais non la notoriété! Les « principes généraux » du droit seraient-ils donc détruits de fond en comble parce qu'il serait prescrit, comme le demande le comité consultatif d'hygiène, *qu'en cas de poursuites pour exercice illégal de la médecine, les médecins ou les associations de médecins régulièrement autorisées, intéressées à des poursuites, puissent se porter partie civile.* »

M. Martin est d'accord avec toutes les propositions de loi pour déclarer que l'action des docteurs en médecine, officiers de santé, sages-femmes pour leur honoraires se prescrive par cinq ans.

Enfin à propos du privilège conféré au médecin pour les frais de dernière maladie, qui a donné lieu à des indécisions si étranges parmi les commentateurs du code, « ainsi que M. Dubrac l'a si nettement indiqué dans son excellent traité de jurisprudence médicale, » M. Martin insiste avec raison pour que la loi, à défaut de la bonne volonté des juges, déclare que la dernière maladie, en pareil cas, s'entend aussi bien de celle à laquelle le débiteur a succombé que de

---

Cette carrière hospitalière est de celles qu'il est désirable de voir s'ouvrir le plus largement aux femmes ; il convient toutefois de s'entourer de toutes les garanties possibles, quand il s'agit d'en préparer les voies à de nouveaux sujets ; on ne s'improvise pas servante des pauvres ; l'intelligence, l'instruction, le dévouement même, ne suffisent pas pour assurer un bon service ; il est de nombreux détails d'ordre, d'économie, de méthode avec lesquels une hospitalière doit se familiariser, avant d'entrer en contact avec les malades ; il est des habitudes de famille qu'elle doit perdre, des façons personnelles qu'elle doit sacrifier, sous peine de donner prise aux critiques des adversaires de la laïcisation.

Il est admis en principe, dans l'administration des hôpitaux, que les surveillantes doivent être célibataires ou veuves ; dans la pratique, ce n'est pas rigoureusement possible. On cite tel établissement par exemple où, dans la même famille, se trouvent trois employés ; le père surveillant, la mère surveillante, la fille infirmière ou suppléante, ce qui est encore concordant avec le principe ; il en est d'autres où la surveillante abrite chez elle un mari, des enfants, des parents, absolument étrangers au service.

Je veux mettre en présence la religieuse et la surveillante ; voir si elles se valent, ce qui peut manquer à l'une ou à l'autre, nombrer leurs qualités dominantes et par contre leurs défauts habituels.

La religieuse arrive dans sa salle, dégagée de toute préoccupation autre que celle du service ; elle doit, suivant les statuts de son ordre, s'y consacrer au soin des malades et descendre jusqu'aux détails les plus bas. Elle consacre à ce malade, son « seigneur et maître », deux sortes de charités, les charités spirituelles et les charités corporelles. La charité spirituelle, il faut le dire, prime tout dans la pensée de l'augustine, et c'est bien là ce qu'on lui reproche. Elle s'intéresse bien plus au salut de l'âme qu'à la santé du corps ; les pratiques religieuses personnelles la détournent à certaines heures de ses devoirs purement hospitaliers ; elle passe pour être complaisante aux malades qui écoutent ses exhortations pieuses, dure à ceux qui les repoussent.

celle, qu'elles qu'en aient été les suites, qui a précédé la faillite.

Nous avons tenu à analyser aussi complètement que possible le travail de notre éminent confrère, qui représente l'opinion des membres du Comité consultatif d'hygiène, destiné sans doute à peser d'un certain poids sur les pouvoirs publics le jour assez prochain, nous l'espérons, où la proposition Chevandier viendra en discussion devant le Parlement.

ACADÉMIE DES SCIENCES

La rage après morsures de loup.

Le décès de trois des Russes mordus par des loups enragés et en traitement à l'Hôtel-Dieu ayant jeté une certaine émotion dans le public, M. Pasteur a eu grandement raison de fournir dans la séance du 12 avril des explications complémentaires de sa note du 1er mars.

Aujourd'hui le nombre total des personnes traitées ou en traitement après morsures d'animaux enragés est de 726, se décomposant en 505 français, 40 blessés venus d'Algérie, 75 de Russie, 25 d'Angleterre, 24 d'Italie, 13 d'Autriche-Hongrie, 10 de Belgique, 9 de l'Amérique du Nord, 6 de Finlande, 5 d'Allemagne, 5 de Portugal, 4 d'Espagne, 3 de Grèce, 1 de Suisse, 1 du Brésil. Sur ces 726 personnes, 688 ont été mordues par des chiens enragés, 38 par des loups enragés.

Parmi les 688 premières il n'y a eu qu'un seul décès, celui de la petite fille dont M. Pasteur a déjà parlé dans sa note du 1er mars, et qui, mordue profondément au visage et au crâne, avait été amenée trop tard au laboratoire de la rue d'Ulm. Plus de la moitié des 687 autres a déjà dépassé la période dangereuse. Quant aux 38 Russes traités ou en traitement pour morsures de loups enragés, 3 ont succombé, et, si les autres vont bien jusqu'ici, il est impossible de prévoir ce qu'il adviendra d'eux.

Car il existe de profondes différences entre les suites des morsures par les chiens et par les loups. Ces différences ressortent clairement de huit documents authentiques qui ont été envoyés à M. Pasteur de différents points de la France et dont il a donné lecture. La conclusion de ces huit documents est une proportion de 82 morts sur 100 mordus par loups enragés, et dans 6 des cas sur 8, il y a eu autant de morts que de mordus. Si on appliquait cette proportion aux 19 Russes de Smolensk dont 16 ont repris le chemin de la Russie après fin de traitement, ce n'est pas trois décès, mais 15 ou 16 qu'on aurait eu à enregistrer. Donc le traitement a dû être efficace pour la plupart d'entre eux. En Russie d'ailleurs tout le monde s'accorde à considérer les morsures des loups enragés comme constamment mortelles.

Outre la mortalité beaucoup plus considérable après morsures de loups, M. Pasteur insiste sur la brièveté plus grande de la période d'incubation de la rage humaine après ces morsures. Ces différences ne paraissent pas tenir à une violence plus grande du virus du loup ; cela ressort des inoculations faites aux chiens, aux lapins et aux cobayes avec la moëlle allongée du premier des russes décédés. La plus grande nocivité de la rage du loup tient surtout au nombre, à la profondeur et au siège des morsures faites par cet animal qui s'acharne après sa victime, l'attaquant souvent à la tête et au visage.

M. Pasteur cherche en ce moment s'il n'y aurait pas lieu de modifier pour les morsures de loup son procédé ordinaire, en faisant des inoculations plus abondantes et plus fréquentes. Il faut en tout cas commencer le traitement le plus tôt possible, et, si les Russes de Smolensk avaient pu être traités huit jours plus tôt, on ne saurait dire si les trois qui ont succombé n'auraient pas bénéficié du traitement.

Des applaudissements unanimes ont accueilli la

On se plaint que l'administration a peu de prise sur elle, ou qu'on ne saurait toucher à une religieuse sans atteindre la communauté tout entière ; qu'elle masque ou répare les fautes de ses compagnes pour l'honneur de la congrégation et au mépris du bien commun ; enfin, à un autre point de vue plus spécial et relativement nouveau, on peut constater qu'elle apporte un certain relâchement dans l'exercice de sa tâche, qu'elle montre une tendance au laisser-aller, au laisser-faire, mais cela spécialement depuis qu'elle se sent menacée et que le mot de laïcisation sonne incessamment à ses oreilles. Elle n'ose pas, elle n'ose plus faire acte d'autorité sur les serviteurs; elle redoute l'influence d'un garçon beau parleur ou d'une fille insolente. La presse l'épouvante; au fond de son oratoire, les journaux lui apportent des récits accablants contre elle-même; elle sait ce qu'il y a d'exagération, de fausseté souvent dans ces récits, et, malgré tout, elle se décourage, s'imaginant que sa fin est proche.

Mais d'autre part, quelle admirable attitude, quelle simplicité dans le dévouement, quelle sérénité dans le danger chez ces femmes dont la vie s'écoule entre les murailles froides d'une salle de malades ou de blessés et qui ne voient de la vie que ses douleurs ! S'il y a parmi elles beaucoup d'esprits étroits, combien en revanche de belles âmes affectueuses et naïves !

Observée dans le même milieu, la surveillante se présente sous des traits non moins complexes. Incontestablement, elle est, mieux et plus complètement que la congréganiste, sous la main de l'administration; tandis que la religieuse est régie par une autorité étrangère, la surveillante n'échappe en aucun cas à la juridiction normale. La servante laïque se sent ainsi plus personnellement responsable du service confié à ses soins. Un reproche l'atteint pleinement, alors que la religieuse n'en est que relativement touchée. Son émulation est plus grande aussi, elle s'efforce de mériter par son zèle, par son exactitude une mention, une récompense morale ou matérielle, faite pour la distinguer de ses collègues. Elle a l'esprit généralement plus large, en ce qui concerne le gouvernement moral de son service, bien qu'il ait pu être constaté parfois chez elle des tendances à

communication de M. Pasteur; le public était nombreux et choisi.

— M. Aug. Charpentier fait une communication sur les phénomènes du **contraste simultané**, par suite duquel aux environs d'une surface colorée quelconque tend à se produire la sensation d'une couleur complémentaire. Ce phénomène a lieu, même lorsque la surface colorée est placée dans une complète obscurité. Il y a donc là une véritable excitation lumineuse dans des régions de la rétine ne recevant pas la lumière extérieure. Or, si cette excitation affectait les régions des centres nerveux qui servent ordinairement à la sensation, il faudrait d'après les faits connus, moins de lumière pour produire une sensation nouvelle dans cette zône de contraste (zône induite) qu'en l'absence de la lumière inductrice. A l'aide du photoptomètre différentiel, M. Charpentier a résolu cette question par la négative. Le minimum perceptible est le même dans une zône de la rétine en présence ou en l'absence d'une zône lumineuse voisine, donnant lieu au contraste simultané. Le phénomène nerveux de la perception d'une couleur de contraste doit donc avoir un autre siège que celui de la sensation lumineuse directe, probablement un siège plus spécialement psychique ou idéatif.

— MM. *Felz et Ehrmânn* ont expérimenté le **pouvoir toxique des urines fébriles** (urines de fièvre typhoïde, de scarlatine, de tuberculose aiguë, de pneumonie et de rhumatisme articulaire aigu), injectées dans le sang veineux du chien.

Les accidents dits urémiques, depuis les premiers efforts d'élimination suivis ou non d'effets, jusqu'aux phénomènes nerveux, convulsifs, toniques ou cloniques, conduisant toujours au coma et presque toujours à la mort, se montrent beaucoup plus vite que lorsqu'on emploie des urines normales. Ils surviennent avec des doses d'urines inférieures des deux tiers ou de moitié à celles qui seraient nécessaires si on opérait avec des urines normales.

Le pouvoir toxique des urines fébriles est loin d'obéir à la loi de proportionnalité des densités. Il existe dans les urines pathologiques fébriles des agents de toxicité qui ne se trouvent pas dans les urines normales, ou qui ne sont représentés dans ces dernières que par des quantités relativement très faibles.

L'Académie de médecine a levé sa séance en signe de deuil à l'occasion de la mort de M. Bouchardat.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le médecin des prisons et la bureaucratie.

Monsieur le directeur du *Concours médical*,

Toujours à l'affût de ce qui peut porter atteinte aux prérogatives du corps médical, je viens vous informer de la découverte assez curieuse, que je viens de faire bien par hasard. Médecin des prisons, le nouveau règlement pénitentiaire paru en 1885 vint, il y a quelques jours à me tomber sous les yeux. Naturellement, je me mis à parcourir la partie concernant le Service Médical. Sur ce service j'aurais bien des observations à présenter. Ce sera pour une autre fois. La Bureaucratie est comme la Magistrature. Elle nous est hostile. Elle n'ignore pas que, lorsque les hommes de science arriveront au pouvoir, son règne sera bien près de finir. Elle se venge en ayant l'outrecuidance de nous prescrire nos devoirs professionnels, tout en nous rognant nos droits civiques.

Qu'est-ce qui fait qu'un grand nombre de praticiens honorables se désintéressent de bien des services

---

un cléricalisme aussi ardent que celui des congréganistes, ou tout au moins une religiosité vague dont le malade subit l'influence. Dans la partie matérielle du service, la surveillante révèle souvent de rares qualités d'ordre et de méthode : elle a parfois contracté dans le monde des habitudes de délicatesse, de raffinement, de confortable dont elle peut faire bénéficier ceux qui l'entourent dans le milieu hospitalier. Elle accuse plus de fermeté avec les serviteurs. se considérant, je le répète, et à juste titre, comme plus directement et plus entièrement responsable que la congréganiste.

Mais si cette dernière donne trop de temps à la prière, trop d'importance à la conversion religieuse, on accuse la surveillante de se laisser à son tour facilement distraire de sa tâche par ses obligations de famille ou par ses relations mondaines. Mariée, comme cela se rencontre fréquemment, elle doit s'occuper des siens, s'inquiéter de leur bien-être, de leur santé ; libre, elle est appelée au dehors ; elle n'a point, elle ne peut avoir ce détachement d'esprit, elle ne peut professer ce renoncement qui est la vertu maitresse de la religieuse.

Et en vérité, on ne saurait tant exiger d'elle, elle n'exerce pas ses fonctions de servante des pauvres par vocation, mais par profession. Elle est une simple employée. Comme telle pourtant, elle peut représenter la perfection même, quand à ces qualités administratives elle sait ajouter un peu des vertus qui sont pour la religieuse hospitalière la base de la vocation.

L'abnégation, le mépris du danger, l'offrande de la vie, sont chez elle alors plus hautement méritoires; se sacrifier, elle le sait, ce n'est point se sacrifier seule, c'est souvent exposer la santé d'êtres aimés qui l'entourent et leur existence même, car aux dangers personnels qu'elle court s'ajoutent ceux que sa présence apporte à son foyer. Aussi, faut-il s'incliner avec respect devant la servante laïque quand elle comprend ainsi la grandeur de sa mission et la remplit sans réserve et sans défaillance.

La surveillante mariée est celle que vise plus spécialement l'attaque des conservateurs. C'est elle, en effet, qui donne le plus de prise à la critique, amenant à sa suite dans les établissements un groupe d'éléments étrangers, dont la présence permanente ou

publics, vaccine, loi Roussel, épidémies, médecine légale, c'est la réglementation laborieusement établie par les bureaucrates. On vous donne des émoluments insuffisants pour des services importants et pénibles, mais on vous oblige à des justifications peu en rapport avec la *largesse* des mandats....

Mais je reviens à mon règlement. Voici l'article que je veux seulement retenir pour aujourd'hui.

« Les fonctions de médecin des prisons sont incompatibles avec celles de maire ou d'adjoint. »

La bureaucratie grande et généreuse nous permet d'être conseiller municipal, puisqu'elle est muette sur ce point. Bien grand merci! Je ferai remarquer une chose, c'est que l'ordonnance *royale* de 1841 qui règlait jusqu'à l'année 1886 la matière, bien plus libérale que le règlement *républicain*, n'admettait comme incompatibles, et avec juste raison, que les fonctions de membre du conseil de surveillance! La dernière loi municipale a justement émancipé le médecin; elle consent à ne plus le considérer comme un simple salarié de la commune pour les services communaux dont il est chargé. C'était un progrès. Mais la bureaucratie, obligée de lâcher d'un côté, de par le pouvoir législatif, se rattrape sur le terrain simplement administratif.

Quelle anomalie vraiment! On peut être médecin d'hôpital, de bureau de bienfaisance, de dispensaire municipal, exercer de par ces fonctions une action directe, immédiate, qu'on le veuille ou non, sur les électeurs et avoir le droit de briguer leurs suffrages, et voilà que, le poste de médecin des prisons, qui ne vous donne pas une voix, est déclaré incompatible avec les fonctions de maire ou d'adjoint. Qu'est-ce qui a pu donner l'idée même de cette incompatibilité? Mystère! De par l'ancien règlement la municipalité délivrait les autorisations pour voir les détenus; de par le nouveau ces autorisations ne sont plus délivrées que par le pouvoir administratif. Par suite, l'*unique* rapport entre les municipalités et les maisons d'arrêt se trouve détruit, et c'est juste alors que le médecin de la prison est condamné dans sa situation, s'il a le malheur de briguer les fonctions municipales.

Outre que cette déclaration d'incompatibilité n'a aucune raison d'être, c'est une simple naïveté venant du pouvoir central, et je l'explique. Un médecin des prisons, s'il recherche les fonctions municipales, n'hésitera pas à sacrifier un poste assez maigrement rétribué par une allocation annuelle qui va de 300 à 700 francs. Il donnera sa démission, qui le rendra indépendant vis-à-vis du ministre de l'intérieur dont il dépend. Il pourra faire payer cher son abandon inutile. Un médecin des prisons doit être plus ou moins *persona grata* à la préfecture. Une fois ce cordon ombilical rompu, il se trouve bien plus libre au milieu des conflits presque permanents qui surgissent entre la commune représentée par le maire et le pouvoir central dans la personne du préfet et du sous-préfet.

GYNÉCOLOGIE.

Du diabète chez les femmes.

Ses rapports avec la vie utérine, la menstruation et la grossesse.

Il ressort des études si intéressantes de M. Lecorché, que le diabète s'observe surtout chez la femme avant la puberté et après la ménopause; la vie menstruelle paraît avoir créé une certaine immunité à l'égard de cette maladie.

Toutefois, lorsque le diabète se rencontre chez des femmes réglées, il prend le plus souvent les allures

---

passagère peut préjudicier à l'économie du bien des pauvres. Enfin, on peut dire de cette dernière qu'elle a la servitude de la maternité, et que le temps de la gésine, pour parler le langage des vieux administrateurs, est du temps perdu pour le soin des malades. Mais, ripsosteront les contradicteurs, les religieuses n'ont-elles pas des jubilés, des retraites qui, pour des exercices pieux exceptionnels, les dérobent aussi plus ou moins longtemps à leur service?

J'ai décrit, dans la généralité de leurs traits, la religieuse et la surveillante. Individuellement, entre elles la balance peut rester égale. Il est d'excellentes et de détestables laïques, comme il est d'excellentes et de détestables religieuses. Collectivement, un vice dominant apparaît, fatal, inévitable. Pour les religieuses ce vice s'appelle prosélytisme, pour les laïques parasitisme.

Au point de vue économique :

Une religieuse augustine reçoit par an 200 francs. C'est une somme allouée invariablement, non à titre d'appointements, car il est convenu que la religieuse sert pour rien, mais à titre de vestiaire. Elle est logée, nourrie, chauffée et éclairée; l'administration lui donne en outre un surplis. La nourriture, le chauffage et l'éclairage en commun se trouvent naturellement réduits au strict nécessaire, aucun personnel accessoire autre qu'une fille de peine n'entrant dans l'organisation conventuelle.

Une surveillante ou sous-surveillante est payée de 500 à 700 francs, soit en moyenne 600 francs par an; elle reçoit en outre un habillement évalué à environ 120 francs; le blanchissage représente 150 francs; il ne faut compter que pour mémoire le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, bénéfices dont jouissent également les religieuses et pour lesquels il est inutile d'établir un calcul comparatif.

La surveillante coûte donc au minimum 850 francs par an, c'est-à-dire 650 francs de plus que la religieuse.

L'idéal pour l'organisation du personnel des surveillantes, ce serait le groupement d'une élite de femmes ayant la liberté, le détachement d'esprit des religieuses, en même temps que la sujétion et la tolérance des laïques. Je voudrais ajouter : et ne

d'un diabète grave, à symptômes accusés, avec glycosnrie et polyurie abondantes : il se rapproche à cet égard du diabète prémenstruel, le plns aigu et le plus redoutable de tons, tandis que, lorsqu'il se développe après la ménopause (cas le plus commnn), il présente une allure torpide, uue forme atténnée, une marche lente. On peut donc dire, à part quelques exceptions, que l'acuité et l'intensité du diabète sont en raison inverse de l'âge de la malade.

Le diabète, lorsqu'il se développe chez une femme encore réglée, détermine dans le fonctionnement de l'appareil utéro-ovarien des pertnrbations plns ou moins profondes, au point de vue de la menstruation, de la grossesse et de l'accouchement. De plus, parmi les lésions de l'appareil génital chez les femmes diabétiques, les nnes sont manifestement dnes à l'altération des sécrètions par le sncre ou à l'action dn diabète snr les tissus ; les antres ne sont que de simples coïncidences, sans relation avec la maladie géuérale.

Parmi les manifestations locales qni peuvent être considérées comme produites par le diabète, *l'eczéma vulvaire* est la plus fréquente. Celui-ci peut se développer à toutes les périodes de la maladie et constitue sonvent le signe révélateur qui attire l'attention et dévoile un diabète ignoré. Il appartient plutôt aux formes intenses, à glycosurie très abondaute ; mais on le rencontre aussi dans les diabètes légers où la glycosurie est à peine marquée. — La tendance générale du sujet à faire de l'eczéma est une première cause à invoquer ; la localisation aux parties gèuitales seules s'explique par le contact de l'urine sucrée qui agit surtout par les produits secondaires de la fermentation qui s'y développent rapidement.

Les trois symptômes principaux qui caractérisent l'eczéma vulvaire diabétique sont : *le prurit, l'éruption* même, un *suintement* parfois extrêmement abondant. Le prurit peut exister seul, pendant un temps plus ou moins long, sans éruption eczémateuse proprement dite ; les démangeaisons sont excessives, incessautes, rendent la vie insupportable à la malade ; le prurit présente d'ailleurs des rémissions et des exacerbations qui paraissent en rapport avec l'intensité de la glycosurie. Dans la majorité des cas, l'examen des parties malades ne tarde pas à montrer une éruption cutanée plus ou moins étendue, offrant les caractères habituels de l'eczéma, une rougeur diffuse intense semée de vésicules petites, nombreuses, opalines et lactescentes. Présentant d'ordinaire au début un certain caractère de sécheresse, l'eczéma vulvaire, pour peu qn'il persiste, faute de diagnostic exact, donne bientôt lieu, sons l'influence des attonchements réitérés nécessités par les démangeaisons, à un snintement, puis à un écoulement extrêmement abondant. — L'irritation peut se propager à l'urèthre, déterminant un besoin incessant d'uriner, sans que la quantité des urines légitime cette miction répétée. L'eczéma vulvaire coïncide d'ordinaire avec d'autres manifestations diabétiques (poussées eczémateuses en diffèrents points du corps, furoncles, anthrax). Les troubles nerveux sont surtout fréquents en pareil cas : migraines, gastralgies, névralgies diverses, faciales, dentaires, intercostales. La sciatiqne est peut-être la plus commune de ces névralgies. Accompagnés ou non d'autres phénomenes locaux ou généraux, le prnrit et l'eczéma vulvaire ont, au point de vue du diabète, une valeur diagnostique indiscutable.

A côté de l'eczéma vulvaire, il faut placer la *métrite granuleuse du col* : ces granulations coïncident souvent avec des granlations pharyngées, parfois avec des bronchites à répétition qui semblent relever de la même canse. L'action de la glycosurie, qui est si manifeste sur le système cutané, parait ici se porter de préférence sur le système muqueux. En même temps que ces granulations, on constate parfois sur le col l'existence d'ulcérations, plus ou moins étendues, mais remarqnables par leur persistance ; il ne semble plus exister de rapport eutre la gravité on l'intensité de la glycosurie et la complication utérine.

Dn reste toutes les lésions que la gynécologie signale dans l'appareil utéro-ovarien peuvent s'ob-

---

coûtant pas plns cher que les congréganistes, si la condition n'était irréalisable.

Mais comment, à moins de ne choisir sévèrement que des veuves, des divorcées on des célibataires, comment obvier au parasitisme, au gaspillage, si souveut reproché aux snrveillantes ; comment leur dire : Vous ne serez plus ni mères ni épouses ; votre mari, vos enfants ne pourront plus vivre à votre foyer ; car ils nons sont snspects ? Comment enfin, snprême expédient, se résigner à ne pas les loger dans l'hôpital où lenr présence est indispensable, aussi bien la nuit que le jour, quand elles appartiennent à un service de malades ?

Comment, d'autre part, faire perdre anx religienses l'habitude du prosélytisme, comment les empêcher de songer an prêtre avant de songer au médecin, de montrer quelqne préférence pour le fervent catéchumène, quelque rudesse pour l'athée ou l'indifférent ?

Voilà, j'y insiste, leur point faible à toutes les deux, laïque et religieuse. On ne les changera pas dans leur essence, mais une ferme direction de chaque service ou établissement, une surveillance active, une coustante interposition eutre elles et les malades, les maintiendra an besoin dans la voie droite. Autant que la surveillante, la religieuse, l'augustine du moins, s'est habituée au respect de l'antorité administrative. Sans doute la solidarité conventuelle l'entraîne encore ; elle en réfère à la supérieure avant d'obéir à l'administrateur ; mais la supérieure, dans la généralité des cas, est la première à la ramener à une obéissance plus que jamais nécessaire pour le bien commnn, et, ponr son propre bien, plus que jamais prudente.

Pour arriver à obtenir de la religiense augustine la soumission complète et directe et réaliser, au costnme près, une sorte de réforme telle qu'on la rêve, il faudrait non pas laïciser, mais déconventnaliser les hôpitaux, ne tenir compte qne de la valeur individuelle des servantes des pauvres, les placer à la tête des services en leur en laissant la responsabilité personnelle, les recevoir ou les congédier librement, rompre ou du moins modifier le contrat intervenu

server chez la femme diabétique, sans qu'il soit possible de rendre le diabète responsable de ces lésions ; il paraît toutefois jouer un rôle plus actif dans la production de la métrite fongueuse et surtout des crises d'ovarite.

Lorsque le diabète se développe dans le cours de la vie menstruelle, il est rare qu'il ne porte pas une atteinte plus ou moins grave au fonctionnement de l'utérus : la dysménorrhée et l'aménorrhée sont fréquentes chez les femmes diabétiques ; les métrorrhagies qui peuvent survenir chez ces malades ne paraissent plus liées à l'état général. Chaque fois qu'on voit se produire chez une diabétique des hémorrhagies menstruelles trop abondantes ou de véritables pertes, c'est l'état local de la matrice qu'il faut inspecter avec soin ; le plus souvent on trouvera dans quelques altérations du col ou du corps de l'utérus la véritable source de ces hémorrhagies. Le diabète, s'il n'a pas au préalable provoqué quelques-unes de ces altérations, paraît incapable de devenir par lui-même la cause de métrorrhagies.

Quant à l'influence du diabète sur la grossesse et l'accouchement, il est exagéré d'admettre avec certains auteurs, que le diabète empêche nécessairement toute fécondation et toute conception, lorsque souvent il n'en n'est qu'indirectement responsable. Il faut faire intervenir l'influence des lésions utérines qui existent souvent chez les diabétiques : ce sont ces lésions, métrites, granulations et ulcérations du col, qui, par une action toute locale, rendent infécond l'acte du coït.

Lorsque, malgré ces obstacles ou en l'absence de ces lésions, la fécondation se fait, l'accouchement est généralement plus laborieux et les suites de couches plus prolongées que normalement ; mais surtout le produit de conception subit une atteinte profonde qui altère sa nutrition, abrège ses jours ou détermine des vices de développement peu compatibles avec la vie (en particulier l'hydrocéphalie.)

La gravité du diabète chez les femmes enceintes n'a rien de surprenant, puisque l'on sait que le diabète qui se développe avant la ménopause appartient, en règle générale, à la forme aiguë, avec glycosurie abondante et marche rapide.

Enfin les observations de Duncan ont montré que la grossesse aggrave d'une manière presque constante le pronostic du diabète et paraît agir comme cause déprimante pour exagérer la glycosurie. Ce n'est que quelques semaines après l'accouchement que la glycosurie augmente, dans de notables proportions. La délivrance a donc une action analogue à celle des règles : à chaque menstruation en effet on voit la glycosurie diminuer pour n'atteindre de nouveau le chiffre antérieur aux règles qu'au bout de quelques jours. La diminution de la glycosurie après la délivrance n'est qu'un effet transitoire : la véritable conséquence de la grossesse, c'est l'aggravation de la maladie dans un délai plus ou moins rapproché, aggravation telle qu'elle peut déterminer la mort au bout de quelques mois et même de quelques semaines après la délivrance.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Union des syndicats médicaux de la Gironde

Étude sur le projet de création d'un Ordre des médecins

par le Dr Barat-Dulaurier.

Après avoir rappelé les travaux du Congrès de 1845, l'auteur continue en ces termes :

---

anciennement entre les communautés et les administrations.

Cette idée peut n'être pas conforme à la constitution de toutes les communautés, notamment des Augustines ; mais elle n'est à coup sûr aucunement nouvelle ni paradoxale. La municipalité lyonnaise la met encore en pratique et ce n'est pas d'hier que l'expérience en a été faite dans la seconde ville de France, grande cité ouvrière, où les passions politiques sont tout aussi vives qu'à Paris et les théories progressistes tout aussi avancées.

L'organisation des communautés hospitalières de Lyon est, comme le constate un rapport officiel, unique en France ; son caractère semi-laïque, semi-religieux, a frappé l'attention de tous ceux qui s'occupent des questions d'assistance.

Actuellement, on distingue dans les servantes des pauvres de Lyon trois catégories : les novices, les prétendantes, les sœurs croisées. Les sœurs sont libres de se retirer, comme on est libre de les congédier, par mesure disciplinaire ou économique. Elles sont soumises à la seule autorité du conseil dirigeant, elles n'ont et ne doivent avoir aucune supérieure, elles ne doivent pas former de congrégation, « afin de ne pas affaiblir l'autorité de l'administration. »

Cette organisation, dit un rapport de 1883 adressé au ministre de l'intérieur, paraît excellente ; elle présente pour les soins à donner aux malades les avantages des religieuses et elle ne peut mériter en aucune manière le reproche de trop grande indépendance... Une des particularités les plus remarquables de ce corps de quasi-religieuses est qu'elles acceptent parfaitement d'étudier l'art des accouchements, d'en subir les examens pour en obtenir le diplôme et de diriger, à ce titre, les divers services de maternité des hôpitaux de Lyon.

Cette organisation est, on le voit, fort près de ce que j'appelle déconventualisation ; elle représenterait un système de conciliation très admissible, très nationnal et très économique. Mais un personnel institué suivant ce système est de formation lente.

LOUIS FERRON.

« Nous voulons retenir des travaux dont nous venons de parler brièvement cette constatation : c'est que les représentants du Corps médical avaient jugé convenable de s'occuper autant des intérêts moraux que des intérêts matériels de la profession.

Suivons le cours des événements.

Vingt années se sont écoulées à peine et l'Association générale compte déjà dix ans d'existence ; quelques Sociétés locales s'occupent de nouveau de la question des Conseils de discipline. L'une d'elles ayant reproché à l'Association générale, déjà puissante, de n'avoir rien fait pour réaliser ce vœu, celle-ci se montre nettement hostile à cette idée et, par l'organe de l'un de ses secrétaires, M. Gallard, elle déclare que le Conseil général n'a pas été chargé d'étudier la question. L'honorable secrétaire ajoute : « Et, si un tel sujet devait un jour être soumis à vos délibérations, le Conseil général vous engagerait à le repousser, par cette simple raison que nous avons infiniment mieux que cela. N'avons-nous pas l'Association, où les indignes n'entrent pas et d'où l'on s'empresse de les exclure, s'ils sont parvenus subrepticement à s'y introduire ? » (*Annuaire,* exercice 1867, p. 72.)

J'avoue que des raisons de cette nature n'ont pas à mes yeux le caractère d'une démonstration, et si l'idée des Conseils de discipline ne fut pas suivie par l'Association générale, personne ne s'étonnera que, dans d'autres milieux, elle ait trouvé un terrain propice à son développement.

Pour ma part, je n'ai éprouvé aucune surprise en voyant l'honorable M. Surmay s'en faire l'intrépide et l'habile défenseur et obtenir qu'elle soit étudiée officiellement dans toutes les Sociétés locales agrégées à l'Association générale, au moment même où le Parlement se trouve saisi du projet de loi sur l'exercice de la médecine présenté par M. Chevandier.

Le projet de M. Chevandier vise surtout le côté matériel de notre profession. M. Surmay s'est préoccupé, avant tout, du côté moral. Du projet de M. Chevandier nous n'avons pas à nous occuper aujourd'hui. Voyons ce qu'il convient de penser de celui de M. Surmay et de ceux plus ou moins heureux qu'on a voulu lui substituer... »

. . . .

M. Dulaurier examine ensuite la différence qui existe entre la profession médicale et celles qui sont pourvues de conseils de discipline, puis il ajoute :

« Sans doute, il n'en est pas tout à fait de même des avocats et ici l'analogie pourrait être plus facilement invoquée. Et cependant quelles différences profondes entre les deux professions ! Tandis que les avocats sont toujours groupés dans des centres importants, les médecins, au contraire, sont comme éparpillés sur toute la surface du territoire.

Et cela se comprend aisément.

Si les plaideurs, en effet, peuvent se rencontrer partout, du moins ils peuvent se transporter aisément au chef-lieu de la juridiction compétente pour faire connaître leurs affaires à celui qu'ils auront choisi pour les défendre. Mais le malade est cloué sur son lit de souffrance ; il attend avec une douloureuse impatience celui dont les conseils doivent apporter le soulagement à ses misères ou tout au moins ranimer ses espérances. De là la nécessité de le trouver dans le voisinage ou du moins à une faible distance.

Le médecin doit être présent partout où se rencontrent des malades, c'est-à-dire sur tout les points du territoire habité.

L'avocat n'est, à proprement parler, nécessaire que là où se trouve le tribunal devant lequel il est appelé à exposer et à défendre les intérêts de ses clients. Il n'exerce réellement son ministère que dans l'enceinte où siègent les représentants de la justice. Partout ailleurs il n'est qu'un homme d'affaires et un conseiller qu'aucune mesure de correction ne saurait atteindre. Nous verrons dans un moment toute l'importance de cette distinction au point de vue de l'application des dispositions disciplinaires que l'on pourrait proposer, et j'y trouverai la justification de l'insistance que j'ai mise à faire ressortir cette différence fondamentale entre les deux professions...

...L'esprit humain est sans cesse porté à généraliser et on n'empêchera jamais que le crime de l'un des siens ne soit pour toute une famille une tache indélébile. Et le public, suivant cette pente fatale, reproche au Corps médical ce qui n'est que la faute d'un seul. D'où il ressort que la corporation toute entière a un grave intérêt moral à faire respecter par chacun de ses membres, les principes de l'honnête et du juste.

Mais comment atteindre et comment contraindre les malfaiteurs conscients ou inconscients ? Car, il est juste de le reconnaître, à côté des malhonnêtes qui pèchent de propos délibéré, il en est beaucoup qui ne sont coupables que d'ignorance.

Il semblerait donc qu'avant d'établir des tribunaux spéciaux chargés d'appliquer un code pénal plus ou moins sévère, il serait juste et raisonnable de préciser les règles de conduite invariables que chacun devrait être tenu d'observer. Le jour où le nouveau docteur a conquis son diplôme, en remplissant certaines formalités bien connues et peu compliquées, il peut donner des soins, sur toute l'étendue du territoire, aux malades qui veulent bien l'honorer de leur confiance. Mais où a-t-il appris l'attitude qu'il devra garder vis-à-vis de ses confrères et vis-à-vis du public ? Il y a là une lacune qu'il me paraît urgent de combler avant toute chose.

Afin que chacun puisse, sans surprise inadmissible, être traduit devant un Conseil de discipline, il faut nécessairement faire connaître au préalable les règles invariables qu'il ne saurait être permis d'enfreindre. Or, si nous accordons, avec M. Surmay, que la déontologie médicale ne soit ni plus subtile, ni plus délicate, ni plus épineuse que celle de beaucoup d'autres professions libérales, du moins sommes-nous en droit de demander que les justiciables soient éclairés sur l'étendue de leurs obligations »

M. Dulaurier fait ensuite l'exposé des différents projets qui ont été proposés ; il en fait connaître les dispositions. Puis il ajoute :

« Le projet Surmay a éprouvé des fortunes diverses suivant les dispositions d'esprit du milieu dans lequel il a été examiné. S'il a soulevé l'enthousiasme d'admirateurs passionnés, si pour quelques-uns, selon l'expression de M. Chédevergne, il a parut *res-*

plendissant de vie et de promesses, il a aussi rencontré parfois des adversaires résolus et acharnés. Et cela me paraît tenir à une confusion regrettable à laquelle les critiques n'ont pas su échapper.

Les uns, en effet, se sont surtout occupés du principe contre lequel nous ne protestons pas, que nous serions volontiers disposé à admettre, car nous sommes résolument partisan de toutes les mesures qui peuvent améliorer moralement et matériellement la situation du médecin; or, il nous semble que la création d'un Ordre des médecins sagement conçu serait au nombre de ces institutions bienfaisantes.

Les autres se sont arrêtés uniquement à la codification du projet qu'ils ont trouvée défectueuse et inadmissible et, confondant l'idée mère avec la formule destinée à la traduire, il onttout repoussé. »

M. Dulaurier examine quelques-unes des critiques formulées contre le projet Surmay, puis il continue en ces termes.

« Mais il est, à mon avis, à l'adoption du projet Surmay des objections plus sérieuses et dont il me reste à vous entretenir.

Tout médecin reçu, avant d'exercer, devrait se faire inscrire sur la liste de son arrondissement. Et le pharmacien, exécuteur des hautes œuvres du Corps médical, refuserait de délivrer les médicaments formulés par quiconque dont le nom ne serait pas inscrit sur les listes qu'il aurait reçues de la Chambre d'arrondissement ou du Conseil général.

Supposez qu'un jeune médecin dont les antécédents vous paraîtront irréprochables (j'estime qu'il vaudrait mieux s'en assurer *avant* de lui délivrer le diplôme qu'*après* le lui avoir conféré), vienne s'installer à la limite de son département; sa clientèle s'étendra sur plusieurs arrondissements limitrophes, il ne sera inscrit que dans un seul; et, s'il arrive au mois de janvier, son nom ne figurera que dans un an sur la liste du Conseil général. Est-ce que les pharmaciens des arrondissements autres que celui de la résidence du jeune docteur devront refuser de délivrer les médicaments prescrits? Oui, dit le projet Surmay, puisque le nom du médecin ne se trouve pas sur les listes qu'ils ont en main. Voici donc une situation qui n'est pas tolérable et qu'il faut à tout prix modifier. Ce sera facile, sans doute, mais encore faut-il trouver la formule.

Autre exemple : un jeune médecin inscrit sur les listes de l'arrondissement d'Arras, dans les premiers mois de l'année, se marie quelques jours après. Il fait un voyage de noces dans le Midi. En voyage, la jeune femme est prise de coliques violentes ou d'une de ces crises nerveuses auxquelles les nouvelles épouses sont si souvent exposées. Le mari, désolé, enverra chercher du laudanum ou tout autre calmant qu'il jugera convenable de formuler. Voyant un nom inconnu de lui et, ne le trouvant pas sur ses listes, le pharmacien, sévère observateur des lois, — ils le seront tous! — refusera impitoyablement. Et, s'il ne se trouve pas de confrère dans la localité et que le cas soit urgent, eh bien! la jeune femme pourra mourir sans secours; ainsi l'aura voulu la loi Surmay! Tout le monde sera indigné; qu'importe? C'est la loi! J'aime mieux croire que, pris entre l'obligation légale de ne rien délivrer et le cri de sa conscience révoltée, le pharmacien obéira à celle-ci et nous verrons chaque jour la loi violée par ceux-là même qui devraient en assurer l'application.

D'un autre côté, croyez-vous que les pharmaciens se soucieront bien de feuilleter cet énorme in-8° de 500 pages (la liste générale des 20 000 médecins français n'en comprendrait pas moins), que tous les ans, au mois de janvier, le pouvoir central aura fait déposer dans leur officine et dans les mairies? Et cet affichage public que prescrit l'article 2 du titre V, pensez-vous qu'il soit fait pour attirer la considération sur le Corps médical en général?

Cette intervention du pharmacien-gendarme est déplorable et, pour mon compte, je ne me résoudrai jamais à l'admettre.

Et quoi, c'est au moment où un projet de loi sur l'exercice de la pharmacie propose, pour le pharmacien, la liberté de vendre la plus grande partie de ses drogues sans ordonnance, c'est à ce moment que nous demanderions que le pharmacien s'interdît de délivrer les médicaments prescrits par *un homme* dont la compétence peut être incontestable? Mais jamais on n'obtiendra un semblable prodige. Le pharmacien est marchand; son désir de vendre sa marchandise est légitime et c'est précisément cette situation qui fait que l'exercice illégal de la médecine compte, dans les officines, les cas les plus nombreux, ceux qu'il est le plus difficile d'atteindre, ceux que jamais la loi n'atteindra, car ils auront pour complice tout le monde.

Mais les pénalités édictées par le projet Surmay, que devons-nous en penser? Avertissement, réprimande, censure! qu'est-ce que cela signifie pour celui qui recherche, par des procédés peu délicats, à attirer à lui une clientèle qui ne serait venue que plus tard ou qui lui aurait toujours échappé?

L'amende? Mais dans quels cas, je vous prie? Et le *quantum?*

Et pour des fautes graves, très graves sans doute, la suspension, l'interdiction absolue? Mais en cas de suspension, comment assurerez-vous le service médical dans la clientèle du médecin frappé? Il aurait aussi fallu songer à cette éventualité. Ne craignez-vous pas, si la suspension est effective, que le poste ne soit occupé dans l'intervalle par un nouveau venu qui, se trouvant bien dans la place, désirera y rester? Le confrère suspendu, à l'expiration de sa peine, n'aura plus qu'à abandonner un pays où il ne pourra plus faire vivre honorablement sa famille. Ce sera la misère et la honte, peut-être. Est-ce le but qu'on aura voulu atteindre? Et le nouveau débarqué, que déciderez-vous à son égard? Quelle mesure appliquerez-vous dans ce cas? Limiterez-vous le nombre des clientèles, comme l'Etat a limité le nombre des charges de notaires?

Et dans quelles circonstances précises appliquerez-vous chaque peine? Le projet Surmay n'en dit rien, et cependant chaque catégorie de peines doit répondre à une catégorie bien déterminée de faits; sans cela, les appréciations personnelles tiendront place de textes formels; vous aurez organisé le gâchis et le désordre, et, de plus, vous aurez donné aux justiciables le droit de tenir les juges en suspi-

cion légitime. D'où la nécessité, ainsi que je l'ai déjà dit, d'établir préalablement quels sont les droits et les devoirs de chacun, les faits répréhensibles ou punissables étant essentiellement constitués par la transgression de ces droits ou la violation de ces devoirs.

Enfin, Messieurs, s'il est possible d'interdire à un avocat l'accès du barreau et de l'empêcher de plaider, on n'a jamais songé, que je sache, à l'empêcher de donner des conseils. Il a son cabinet qu'on n'a nullement pensé à fermer au public. De là, il peut diriger les affaires de ses clients sans qu'aucun pouvoir vienne l'inquiéter.

Fermerez-vous le cabinet du médecin? L'empêcherez-vous de donner un conseil et d'indiquer des simples, avec le secours desquels il arrivera souvent à soulager ses clients presque aussi sûrement qu'au moyen des médicaments les plus en renom ? Mais il faudrait établir une sentinelle en permanence à sa porte! Il exercera illégalement, direz-vous, et, partant, il tombera sous l'application de la loi. Mais, contrairement à vos espérances, vous aurez donc augmenté le nombre de ceux qui pratiquent l'exercice illégal. Et puis, de quelle loi voulez-vous parler ? De celle qui existe? Nous protègera-t-elle mieux qu'elle ne l'a fait jusqu'à ce jour et trouvera-t-elle, pour frapper un homme ayant des connaissances réelles et sérieuses, les armes efficaces qui lui auront manqué jusqu'alors, contre les exploiteurs de la crédulité et de la bêtise humaine ?

S'agit-il d'une loi à venir? Mais attendez, au moins, qu'elle ait été votée et surtout gardez-vous bien de joindre au projet déposé par notre honorable confrère, le Dr Chevandier, le projet Surmay qui, incontestablement, ne serait pas admis dans les termes où il est formulé. Il en résulterait des lenteurs, des difficultés peut-être insurmontables et, finalement, le maintien d'un état de choses intolérable et contre lequel le Corps médical n'a cessé de protester depuis bien des années.

Parlerai-je de la faculté de réélire indéfiniment les mêmes membres des bureaux des Chambres médicales d'arrondissement? N'y voyez-vous pas de graves inconvénients? Je ne veux point prétendre que, grâce à la réélection, qui, pour quelques personnalités, s'imposerait en quelque façon, on établirait une sorte d'aristocratie qui, à un moment donné, n'offrirait plus toutes les garanties d'impartialité. Mais ce simple soupçon devrait suffire à faire rejeter une disposition qui pourrait offrir des dangers. Pour les notaires, par exemple, les mêmes membres ne peuvent conserver plus de trois ans consécutifs les fonctions dont les investit la confiance de leurs collègues.

La simple prudence commanderait aux médecins d'agir de la même manière.

Et la composition du Conseil général, de quelles critiques n'est-elle pas susceptible! Elle consacrerait, de la manière la plus absolue, la prépotence de Paris dans des circonstances où il s'agit aussi bien de sauvegarder les intérêts de la province, souvent incompris de nos confrères de la capitale. Il serait indispensable de faire à la province, et particulièrement aux campagnes, une part importante de représentation. Il faudrait aussi supprimer la rééligibilité des mêmes membres après une certaine durée de leurs fonctions, etc., etc.

Que devons-nous conclure de cette étude? Dirons-nous que la création d'un Ordre de médecins est une utopie irréalisable? Que la formule qui la rendrait possible ne sera jamais trouvée? Je ne pense pas qu'il convienne d'être aussi affirmatif. A quoi bon décourager des travailleurs animés de l'ardent désir d'améliorer les conditions d'exercice de notre profession? Pour mon compte, je me borne à repousser les articles par lesquels M. Surmay a traduit sa conception de cette institution, laissant à notre honorable confrère, ou à d'autres, le soin de trouver une formule qui, dans l'avenir, nous permette de nous ranger à son avis.

Et en attendant, Messieurs, cherchons à développer partout cet esprit de confraternité, de solidarité, de concessions réciproques qui fera notre force contre les ennemis du dehors, comme il nous permettra, dans une certaine mesure, de ramener à l'observation des règles de la moralité professionnelle les égarés pour lesquels le devoir et le juste ne sont pas de vains mots.

NOUVELLES

Congrès d'hydrologie et de climatologie de Biarritz

M. le Ministre du Commerce et de l'Industrie a accepté la Présidence d'Honneur ;

Il allouera au Congrès une subvention aussi élevée que le permettra la situation des crédits inscrits au Budget de son Ministère ; il a demandé à M. le Président du Conseil d'inviter les gouvernements étrangers à désigner des Délégués chargés de les représenter au Congrès de Biarritz.

Pour faire partie du Congrès, il suffit d'adresser une adhésion accompagnée d'un mandat sur la poste de 12 francs à M. le vicomte de Chasteignier, Trésorier général du Congrès à Biarritz.

Les Compagnies des Chemins de fer Français exigeant que la liste des adhérents au Congrès, auxquels la réduction de 50 p. 100 sera accordée, leur soit soumise le 1er *septembre au plus tard*, les adhésions parvenues ultérieurement ne pourraient jouir du même avantage.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-8o de 1700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 28 francs.

Dilatation de l'estomac et Fièvre typhoïde, (valeur séméiologique des nodosités de Bouchard) par le docteur Paul Le Gendre, — Librairie du Concours Médical — G. Steinheil éditeur, 2 rue Casimir Delavigne. — Prix : 4 francs.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Dolambre.

Huitième année — N° 17 — 24 Avril 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

CAISSE DE RETRAITES DES MÉDECINS FRANÇAIS

L'*assemblée générale annuelle* statutaire des membres de la Caisse des pensions aura lieu le *dimanche 2 mai à 10 heures du matin* dans les salons du Grand Véfour (Palais-Royal).

Ordre du jour :

1° Allocution du président M. Dujardin-Beaumetz ;

2° Compte-rendu du sécrétaire général du comité directeur, M. Lande, et du secrétaire du conseil des censeurs, M. Monin ;

3° Rapport du trésorier, M. Verdalle ;

4° Approbation des comptes par l'Assemblée.

LA SEMAINE MÉDICALE.

La souscription pour l'Institut Pasteur s'élève à 600,000 francs environ. On peut être assuré dès maintenant que le million sera atteint, sinon dépassé. La participation de l'Etat pour une somme de 200,000 francs, proposée par le Gouvernement au Parlement, est la consécration officielle de l'utilité de cette œuvre nationale. Il aura été beau pour notre grand savant de n'avoir eu pour ainsi dire qu'à parler pour faire sortir l'argent de la bourse de ses compatriotes; ce qui est plus difficile peut-être que de faire sortir de terre des légions, en frappant du pied.

Outre le caractère individualiste, la souscription a celui d'être corporative. Nous apprenons que, sur l'initiative de deux de nos collègues, M. Hillemand, interne à l'hôpital Trousseau, et M. Festal (1), interne-économe à l'Hôtel-Dieu, une souscription s'est ouverte parmi les internes en médecine des hôpitaux de Paris, désireux de témoigner par cette manifestation unanime leur admiration pour l'homme dont les travaux ont révolutionné si profondément la médecine et leur confiance dans les découvertes que la création de l'Institut bactériologique futur ne peut manquer de faire éclore. D'ailleurs, M. Pasteur vient de montrer le cas qu'il fait de la valeur du corps des internes de Paris; car MM. les docteurs Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale, et Chantemesse, médecin des hôpitaux, qu'il vient d'attacher à son Institut, sont deux anciens internes des hôpitaux de Paris.

Nous nous sommes faits, il y a quelque temps, l'écho d'un désir que nous avions entendu formuler par plusieurs médecins de Paris, c'est que des conférences de dermatologie fussent faites l'après-midi à Saint-Louis par quelques-uns des éminents médecins de cet hôpital. Il est en effet impossible à la plupart des praticiens, comme aux étudiants en cours d'études attachés à d'autres hôpitaux, de suivre les visites du matin à l'hôpital Saint-Louis, et cependant il serait bien désirable que les notions pratiques de diagnostic et de thérapeutique dermatologique fussent plus répandues. Nous sommes heureux d'annoncer que M. le docteur Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé de la Faculté, va inaugurer après les vacances de Pâques des leçons pratiques de dermatologie les mercredis après-midi dans une des salles du beau musée.

M. Quinquaud a droit à nos félicitations, et nous souhaitons que cet exemple soit suivi par d'autres

(1) Les internes des divers hôpitaux sont priés d'adresser le plus tôt possible le montant de leurs cotisations à M. Festal, à l'Hôtel-Dieu.

médecins des hôpitaux spéciaux. Ce serait un acheminement vers l'enseignement donné dans les hôpitaux, que nous appelons de tous nos vœux.

On considère comme infiniment probable l'adoption, par le ministère de l'instruction publique, d'une réforme considérable dans l'organisation des concours d'agrégation. On supprimerait l'épreuve écrite d'anatomie et physiologie, la leçon orale de trois quarts-d'heure et la thèse; on instituerait une épreuve de discussion publique des titres antérieurs de chaque candidat (recherches, publications, etc.), on conserverait la leçon d'une heure après vingt-quatre heures de préparation, et l'épreuve clinique. Enfin, on exigerait que chaque candidat eût montré son aptitude à l'enseignement par un cours public libre fait pendant une année ou deux avant le concours.

M. Chauveau vient d'être élu membre de l'Académie des sciences en remplacement de M. Bouley.

A la Société medicale des hôpitaux (9 *avril*) *M. Landouzy* a lu, en son nom et au nom de M. Queyrat, une communication sur la **tuberculose infantile.** M. Landouzy rappelle que, jusqu'ici, les auteurs des Traités de maladies des enfants ont déclaré que la tuberculose était très rare au-dessous de deux ans; ainsi, M. Hervieux, ayant pratiqué 996 autopsies d'enfants, n'avait trouvé que 18 fois des lésions tuberculeuses chez des enfants au-dessous de deux ans et 10 fois chez des enfants de moins d'un an.

Les recherches entreprises par MM. Landouzy et Queyrat à la crèche de l'hôpital Tenon les ont conduits à des résultats bien différents. En 1885, dans cette crèche, qui contient 26 lits de mères et 26 berceaux, ont passé 339 enfants; il y a eu 61 décès, 36 autopsies ont été faites et 11 fois des lésions tuberculeuses ont été rencontrées.

La cause principale du désaccord entre l'opinion ancienne et les faits apportés par M. Landouzy tient à ce que nous possédons aujourd'hui, grâce à l'examen bactériologique, un moyen anatomo-pathologique de dépister la tuberculose dans certaines de ses modalités jusqu'ici méconnues, qui sont comme la monnaie de l'ancienne tuberculose classique. Ainsi, telles broncho-pneumonies dites a frigore ou rubéoliques et qui à l'œil nu ne présentent pas un aspect tuberculeux, sont bien et dûment de nature tuberculeuse, puisque l'examen histologique et bactériologique des foyers caséeux, en apparence simplement inflammatoires, y montre des amas de bacilles de Koch.

Au point de vue clinique, la tuberculose chez les tout jeunes enfants a presque exclusivement pour expression un ensemble de symptômes qui sont ceux d'une maladie générale : fièvre, anorexie, amaigrissement; à l'autopsie, les lésions pulmonaires, quand il y en a, sont moindres que celles des autres viscères, et celles-ci sont très disséminées dans le foie, dans la rate, dans les ganglions.

Il paraît difficile à M. Landouzy d'expliquer tous ces faits de tuberculose du premier âge par la contagion médiate, par l'infection due au séjour dans une atmosphère contaminée. Il croit positivement à la tuberculose congénitale, à l'infection du fœtus par la mère, au passage de la graine tuberculeuse à travers le placenta; il ne s'agit plus seulement d'invoquer l'hérédité d'un terrain facilement tuberculisable; M. Landouzy admet l'hérédo-tuberculose vraie, l'hérédité des bacilles.

Un fait du professeur Johne (de Dresde), qui a trouvé sur un fœtus de vache tuberculeuse des lésions bacillaires, est démonstratif.

Si l'on admet la réalité de l'hérédité bacillaire directe, on n'entrevoit d'ailleurs pas quelle prophylaxie pourrait être opposée à l'infection intra-utérine des fœtus de femmes tuberculeuses.

— M. A. Robin a présenté une pièce anatomique qui prouve qu'on peut être porteur de lésions considérables, sans éprouver le moindre trouble de la santé.

Une femme de soixante-dix-neuf ans, qui n'avait jamais été malade dans tout le cours de sa vie et ne se souvenait pas d'avoir ressenti même de légers malaises, meurt d'une pneumonie à l'hospice des Ménages. On lui trouve un anévrisme sacciforme volumineux de l'aorte abdominale au-dessous du diaphragme, complètement guéri par formation de caillots stratifiés; près de là, s'en trouvait un autre petit fusiforme.

Il existait, en outre, chez cette femme une dilatation du canal cholédoque, qui était bourré de calculs; l'un de ceux-ci obstruait presque complètement l'orifice d'abouchement dans le duodénum. Les voies biliaires intrahépatiques étaient littéralement infiltrées de calculs, et le parenchyme offrait les lésions de la cirrhose biliaire.

— M. Legroux a montré un *calcul hépatique très volumineux*, mesurant 25 millimètres sur un de ses diamètres et 22 millimètres sur l'autre. Ce calcul a été expulsé par un homme de soixante-treize ans après une colique hépatique d'intensité moyenne. Le malade avait eu l'année d'avant une crise de coliques hépatiques très violente ayant duré un mois et provoqué l'ictère, et cependant alors le calcul trouvé dans la garde-robe était peu volumineux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 avril.

M. *Ranvier* professeur au collège de France, est élu membre titulaire dans la section d'anatomie pathologique en remplacement de M. Robin.

M. *Brouardel* a lu sur la composition des diverses digitalines françaises et allemandes un travail de M. Lafon, d'où il résulte que les produits allemands, notamment la digitoxine considérée en Allemagne comme le corps le plus actif contenu dans la digitale, ne présentent pas les réactions chimiques exigées par le Codex français comme caractères d'essais. Il est aussi fâcheux qu'il puisse y avoir ainsi deux sortes de digitaline que s'il y avait deux espèces de morphine ou de quinine, et la différence d'action physiologique de ces diverses digitalines, vraies ou préten-

dues, explique les contradictions entre les auteurs relativement aux propriétés de la digitaline.

— *M. Béchamp* a terminé sa longue communication sur les microzymas, à la fin de laquelle il n'a pas posé moins de 25 conclusions. Nous disposons de trop peu d'espace dans ce journal voué essentiellement à servir les intérêts médicaux pratiques pour reproduire ou même tenter d'analyser les doctrines de M. Bécamp, dont l'exposé à la tribune de l'Académie de médecine de Paris en 1886 paraît un anachronisme. C'est de la pure métaphysique. Le microzyma, tel que le conçoit M. Béchamp, c'est l'atome des anciens philosophes, quelque chose comme les monades de Leibnitz, éléments incorruptibles et indestructibles des choses, préexistants à tous les êtres et destinés à leur survivre, capables de prendre part tour à tour aux actes physiologiques et aux actes morbides. De telles explications, expliquent-elles quelque chose? *Verba, prœtereaque nihil.*

— *M. Hergott* (de Nancy) s'étonne que, malgré les précautions antiseptiques qu'il prend dans sa Maternité, une jeune femme en proie à une grand tristesse ait succombé à une fièvre puerpérale dans un moment où il n'y avait pas d'autres cas de cette maladie; et qu'une autre accouchée, très malade à la suite d'un accouchement pénible ayant duré cinq jours, se soit parfaitement rétablie sans contracter la fièvre puerpérale à laquelle elle semblait prédisposée par son mauvais état de santé. M. Hergott proteste, lui aussi, contre la tyrannie du microbe.

M. *Duguet* lit en son nom et en celui de M. *Héricourt* une communication de haute importance intitulée :

De la nature mycosique de la tuberculose et de l'évolution bacillaire du microsporon furfur, son champignon pathogène.

« Ayant eu l'occasion d'examiner les organes de trois individus ayant succombé à une tuberculose à marche rapide, organes dans lesquels des examens longtemps répétés n'ont pu faire découvrir ni bacilles ni zooglées, nous avons entrepris une série de recherches et d'expériences dont les résultats sont les suivants :

Si on traite par des solutions de potasse (de 10 à 40 p. 100) les coupes des organes tuberculeux, après quelques minutes d'action de cette lessive, les tissus malades apparaissent infiltrés de spores et de rameaux mycéliens très semblables au parasite mycosique du pityriasis versicolor, le microsporon furfur, dont étaient précisément couverts deux des malades ayant servi de point de départ à ces recherches.

La présence de ces éléments, qui sont d'ailleurs presque invisibles quand on traite les coupes pour la recherches des bactéries, est bien plus constante que celles des bacilles. On les trouve dans tous les tubercules, et aussi dans leur voisinage, là où les organes paraissent encore sains à l'œil nu.

Ils foisonnent dans l'expectoration des phthisiques, mélangés aux bacilles, mais dans les crachats où on ne rencontre pas encore de bacilles, on peut déjà trouver des spores et des rameaux mycéliens caractéristiques. Il suffit de traiter les crachats par une goutte de lessive de potasse pour les bien mettre en évidence, et le grossissement de 550 diamètres est celui qui convient à leur examen.

Mais, au simple grossissement de 40 diamètres, on voit fort bien, sur les coupes des poumons non lavées, les rameaux mycéliens cheminer dans les alvéoles, où ils forment parfois, par leur réunion, une véritable teigne feutrée, et où ils ont dû toujours être vus et pris pour des corps étrangers accidentels de préparation, malgré leur aspect caractéristique, leurs ramifications, leur cloisonnement et leurs articulations.

Des cultures de microsporon furfur, injectées à des cobayes et à des lapins, ainsi que des insufflations trachéales de crasses pityriasiques, ont rendu ces animaux tuberculeux; sans exception.

Les cultures de microsporon furfur, celles des tubercules expérimentaux d'origine microsporique ou pityriasique et celles des tubercules humains, ont absolument les mêmes caractères.

L'observation y distingue des éléments anaérobies, et des éléments aérobies. Les premiers végètent au fond des tubes à culture : ce sont les spores et le mycélium microsporique, le mycélium développé parfois en long filaments très différents de ceux qu'on trouve sur la peau. Les éléments aérobies forment à la surface du liquide nourricier une membrane ondulée résistante, blanche d'abord, puis rosée, formée de bacilles qui paraissent naître des granulations en lesquelles se résolveut les vieux filaments mycéliens.

La formation de cette membrane ne s'observe que de 30 à 38°. Les bacilles qui la constituent, d'abord groupés, puis s'allongeant en chaînes, résistent à la décoloration par l'acide nitrique à 30 p. 100, quant ils ont été colorés par le procédé d'Ehrlich. Ils se résolvent en spores ovoïdes non colorables, d'autant plus rapidement que la température est plus élevée. Elles se coutractent et augmentent de réfringence en vieillissant et, sous forme de granulations, tombent au foud des tubes quand la membrane se désagrège, et paraissent alors être le point de départ d'un nouvelle végétation microsporique.

Cette évolution bacillaire se fait bien dans le bouillon de bœuf neutre ou légèrement alcalinisé, non salé, ainsi que dans le lait; elle est entravée par l'addition de la moindre quantité d'acide lactique ajoutée aux bouillon, ainsi que par des températures trop ou trop peu élevées. Daus ces conditions, la végétation du microsporon se fait tout entière au fond des tubes, sous la forme de grosses spores mycosiques bourgeonnantes.

Le bacille tuberculeux paraît donc n'être qu'une forme correspondant à l'une des diverses phases de l'évolution du microsporon furfur, et dont le développement contiugent est lié à certaines conditions chimiques et thermiques des milieux.

Cette contingence explique un grand nombre de faits encore obscurs dans l'histoire bactériologique de la tuberculose, notamment l'absence souvent constatée des bacilles dans les jeunes granulations miliaires des viscères. La présence constante des éléments du microsporon explique le mécanisme pathogénique de ces lésions sans bacilles.

D'autre part, l'état de fines granulations par lesquelles passe le champignon à deux périodes de son

évolution, donne toute leur valeur aux faits avancés par M. Toussaint, concernant la forme granuleuse du contage de la tuberculose. Cet état explique également comment MM. Malassez et Vignal, inoculant des zooglées, ont pu produire des tuberculoses bacillaires.

Ces recherches paraissent de nature à faire prendre en considération les idées soutenues par différents auteurs sur l'évolution et le polymorphisme des moisissures. Elles sont susceptibles d'être étendues à toutes les maladies bacillaires, ainsi qu'aux maladies infectieuses dont on n'a pas encore trouvé les bactéries pathogènes. Enfin, elles paraissent susceptibles d'un certain nombre d'applications concernant la prophylaxie et la thérapeutique de la tuberculose.

Dans tous les cas, l'apparition du pityriasis versicolor chez les tuberculeux cachectiques, fait assez commun, prend une signification bien déterminée, qui est celle de la généralisation de la maladie et de l'envahissement du parasite. En outre, le pityriasis versicolor, dont la contagiosité n'est pas à démontrer, peut aussi être le point de départ direct d'une tuberculose viscérale.

S'il venait à être démontré que les poussières phthisiogènes sont principalement constituées par des spores microsporiques, la susceptibilité de ce champignon aux sulfureux, à l'acide sulfhydrique en particulier, indiquerait un traitement de cette nature au début de toutes les affections pulmonaires douteuses. Ce traitement serait indiqué par la présence de spores et de mycélium dans les crachats, alors qu'on n'y trouve pas encore de bacilles.

Nous rappelons aussi comme susceptible d'application thérapeutique l'entrave complète apportée au développement du microsporon en bacilles par l'acidification des bouillons de culture à l'aide de l'acide lactique. Peut-être pourrait-on voir dans ce fait la raison pour laquelle on ne trouve pas de bacilles dans les poumons ni dans les crachats des tuberculeux arthritiques, ainsi que tendent à l'établir deux de nos observations. D'ailleurs, l'ubiquité des germes du microsporon furfur est un argument en faveur de ceux qui soutiennent que pour la genèse de la tuberculose la qualité du terrain prime la présence de la semence, et c'est évidemment à modifier les qualités de résistance de ce terrain que devront s'appliquer la prophylaxie et la thérapeutique.

Enfin, le traitement du pityriasis versicolor ne devra jamais être négligé, on devra chercher ce pityriasis avec soin et le traiter avec énergie.

MÉDECINE PRATIQUE.

Deux angines diphthériques : l'une précédée, l'autre suivie d'otite. — Benzoate de soude contre la laryngite et la bronchite concomitantes. — Importance des soins dans la diphthérie.

Il y a trois semaines environ, notre excellent ami le docteur Jalaguier, chirurgien des hôpitaux, nous priait de donner des soins à l'enfant d'un confrère de province, le docteur B..., qui, venu se fixer pour quelques mois à Paris avec sa famille, avait eu le chagrin de constater chez sa petite fille de trois ans l'invasion d'une angine diphthérique.

M. le docteur Labric avait été appelé en consultation la veille du jour où nous avons vu l'enfant; il avait confirmé le diagnostic et prescrit comme traitement le chlorate de potasse à l'intérieur, concurremment avec le perchlorure de fer, et, comme il avait remarqué une tendance des tissus sous-jacents aux plaques diphthériques à s'ulcérer, il avait conseillé des attouchements avec ce dernier topique. Il avait insisté sur la nécessité d'une alimentation aussi abondante et aussi tonique que possible. La prescription comportait encore les onctions avec l'onguent napolitain sur le cou au niveau des ganglions tuméfiés et l'enveloppement des jambes dans l'ouate.

Quand je vis l'enfant, les fausses membranes couvraient les deux amygdales, les piliers et le bord libre du voile du palais, engaînant même la luette. Tout autour, les tissus étaient d'un rouge vif, turgescents; la réaction inflammatoire consécutive aux attouchements caustiques était évidemment très intense. La dysphagie était presque absolue.

Les adénopathies sous-maxillaires et cervicales étaient très considérables et enveloppées comme d'une gangue œdémateuse. Le teint de l'enfant était jaunâtre, plombé même sous les paupières, le regard languissant, l'abattement très marqué. La température atteignait 39°,5 et 39°,8 le soir, s'abaissant le matin à 38°,5.

Le cas était évidemment très grave et par malheur les parents, composés de la mère, de la grand-mère et du père, semblaient se laisser décourager par l'allure funeste que prenait la maladie; ils ne déployaient pas toute l'insistance nécessaire pour obliger l'enfant à se nourrir et répugnaient à employer la violence pour faire le badigeonnage et le nettoyage nécessaire de la gorge. Notre confrère, tout en reconnaissant comme médecin l'importance de ce qu'il eût fallu faire, se laissait désarmer par les cris de sa fille et l'attendrissement de sa femme. Bref, la situation était ce qu'elle est souvent dans ce cas. et ceux de nos lecteurs qui ont eu à soigner des diphthéries reconnaîtront la vérité du tableau. Si nous en parlons, c'est pour montrer, par le détail de la suite de cette observation, comment on peut se tirer de ces difficultés.

Nous avons commencé par démontrer avec énergie à la famille et surtout au père que, malgré la gravité de la situation, rien n'était désespéré et que l'issue dépendait en grande partie de la continuité des soins.

Pensant qu'il pouvait y avoir quelque inconvénient à continuer l'usage du chlorate de potasse et surtout du perchlorure de fer qui avait un peu troublé les fonctions digestives, nous avons conseillé comme topique le coaltar saponiné : d'heure en heure, on devait badigeonner l'isthme du gosier avec le coaltar pur et faire plusieurs fois dans la journée des irrigations avec une solution de coaltar étendu d'eau. De demi-heure en demi-heure, on devait harceler l'enfant pour lui faire avaler une cuillerée d'un liquide nutritif ou tonique, en lui présentant alternativement

du lait, du chocolat, du vin de Malaga étendu d'eau, de la potion à l'extrait de quinquina, du lait de poule, du jaune d'œuf, du jus de viande ; enfin, on devait donner matin et soir d'abord un lavement évacuant, puis un lavement soutenant deux cuillerées à soupe de peptone sèche et une pincée de bicarbonate de soude.

Le lendemain, je m'aperçus que, si une partie du traitement convenu avait été faite, il en était une qui ne l'était pas assez exactement ; c'était l'irrigation de la gorge ; je me mis donc à la faire moi-même et voici comment chaque fois on procéda. L'enfant était roulée dans un châle les bras le long du corps pour qu'elle ne pût se débattre, elle était tenue assise sur les genoux et la tête appuyée sur la poitrine d'une personne qui, étant elle même assise sur une chaise à dossier droit, ne pouvait se reculer.

Cette personne tenait la tête de l'enfant immobile en l'entourant de ses deux mains au niveau du front. Une autre personne tenait une cuvette sous le menton et un irrigateur chargé de la solution de coaltar. Je pinçais le nez de l'enfant ; dès que la bouche s'ouvrait, je plaçais un coin de bois entre les molaires, pour maintenir l'écartement des mâchoires, et je dirigeais vers les différents points de l'isthme du gosier la canule de l'irrigateur, le robinet étant ouvert assez pour fournir un jet suffisamment énergique. En effet, si le jet est trop faible, l'enfant avale une partie du liquide et, comme il crie, risque de suffoquer par pénétration de liquide dans le larynx, tandis qu'un jet vigoureux provoque un réflexe de contraction du pharynx buccal par suite duquel le liquide injecté reflue aussitôt dans la bouche et s'écoule au dehors sans que l'enfant ait le loisir de faire un seul mouvement de déglutition. Je demande pardon de tous ces détails à ceux de mes lecteurs qui ont l'habitude de soigner des diphthéries ; mais j'ai la conviction qu'il n'est pas inutile de les donner à ceux qui ont peu d'expérience de cette maladie. Car j'ai déjà eu plus d'une occasion de vérifier que bon nombre de médecins se trouvent en pareil cas presque aussi embarrassés que la famille.

Cette manœuvre exécutée avec décision s'accomplit en quelques minutes en évitant à l'enfant surpris beaucoup plus de cris et d'agitation fatigante qu'il n'en éprouve pour de simples tentatives maladroites d'examen de la gorge. Quand on l'a exécutée ponctuellement comme je viens de le dire, la famille, qui jusque-là a manqué d'énergie, comprend qu'elle doit à tout prix collaborer au traitement de l'enfant d'une façon effective, et chacun de ses membres s'emploie utilement à l'exécution des prescriptions médicales. C'est ce qui est arrivé dans la circonstance dont je parle, et, à partir du moment où la mise en scène du petit drame du nettoyage de la gorge eut été réglée, celui-ci fut exécuté ponctuellement, au grand avantage de l'enfant.

Bientôt les fausses membranes commencèrent à se craqueler et à se décoller, et en trois jours l'isthme bucco-pharnygien fut détergé.

Pendant ce temps malheureusement d'autres incidents survenaient. L'enfant, qui avait toussé peu jusque-là, se mit à tousser beaucoup plus et la température qui s'était abaissée se releva. La percussion et l'auscultation qui n'avaient d'abord révélé aucune lésion importante de l'arbre aérien nous permirent de constater une bronchite généralisée aux deux côtés de la poitrine, mais surtout prédominante à gauche, portant sur les bronches de petit calibre et s'accompagnant d'un foyer de congestion pulmonaire assez étendu. En même temps la voix qui jusque-là avait été claire et forte, s'enrouait notablement et la respiration était un peu irrégulière. Des ventouses furent appliquées sur le thorax.

Le lendemain les caractères de la laryngite étaient plus nets encore ; la voix était tout à fait rauque et basse ; la toux très fréquente était suivie du rejet de crachats surtout muco-purulents, mais non de fausses membranes tubulées. L'enfant portait fréquemment sa main au devant du cou comme pour accuser une souffrance au niveau du larynx. On sentait des ganglions tuméfiés tout le long du cou, jusqu'à la partie supérieure du thorax. La respiration, un peu rapide, était régulière quand l'enfant était tranquille et portée dans les bras ; mais, dès qu'on la tourmentait un peu pour lui nettoyer la gorge ou lui présenter des aliments, ou bien lorsqu'elle était étendue depuis quelque temps dans son lit, la respiration s'accélérait, puis s'embarrassait ; des ronchus s'entendaient dans la trachée et l'enfant avait un court accès de suffocation jusqu'à ce que l'expectoration l'eût débarrassée. L'abattement était très marqué. Au niveau de la partie moyenne du poumon gauche la respiration était rude presque soufflante et des râles sous-crépitants étaient disséminés en petits foyers dans tout ce poumon.

Sur la lèvre inférieure deux plaques diphthériques s'étaient développées au niveau de deux érosions que l'enfant s'étaient faites en se débattant quand on lui nettoyait la gorge. On continua à mettre des ventouses et on fit des badigeonnages iodés sur le thorax, en ayant bien soin de ne pas amener de vésication.

Je fis administrer un vomitif avec 0gr,50 de poudre d'ipéca.

Le lendemain la voix était absolument éteinte ; et, bien que la respiration ne fût pas notablement plus entravée que la veille, nos craintes s'accroissaient et nous guettions l'apparition du tirage.

Nous nous demandions quel médicament pourrait nous permettre d'agir sur les exsudats qui existaient vraisemblablement dans le larynx et peut être dans l'arbre bronchique, et cela sans troubler les fonctions digestives, que nous croyons indispensable de ménager dans la diphthérie plus encore que dans toute autre maladie. — Le copahu dans lequel Trideau avait une si grande confiance, le cubèbe que prescrivent encore des médecins très autorisés, ont toujours à notre connaissance provoqué promptement de la diarrhée, quelquefois des vomissements, toujours accru l'anorexie. D'ailleurs je crois qu'il eût été impossible de faire avaler à un enfant de moins de trois ans, qui refusait même le lait et les boissons agréables, ces médicaments dont on ne réussit que très-imparfaitement à masquer la saveur âcre et nauséeuse.

Mais en revanche je m'arrêtai à l'idée d'employer le benzoate de soude, que Letzerich a fortement préconisé dans la diphthérie et qui à coup sûr est avan-

tageux dans certains catarrhes laryngo-bronchiques. J'en prescrivis deux grammes dans une potion aromatisée avec du sirop de tolu.

Mais d'abord on administra un nouveau vomitif avec un gramme de poudre d'ipéca.

D'une manière intermittente fonctionnait un vaporisateur contenant une solution phéniquée au centième additionnée de thymol, afin de maintenir l'atmosphère humide et aseptique dans une certaine mesure. Plusieurs fois par jour, l'enfant étant emmenée dans une pièce voisine, on ventilait largement la pièce où elle se tenait d'ordinaire.

Je n'avais pas institué les inhalations de goudron de houille et de térébenthine préconisées par notre confrère le Dr Delthil, la crainte de causer d'assez grands dégats dans l'appartement meublé occupé par la famille de mon confrère n'étant pas compensée par l'espoir d'obtenir un résultat bien avantageux, puisque les expériences de contrôle instituées par M. Cadet de Gassicourt à l'hôpital Trousseau et communiquées l'an dernier à la société médicale des hôpitaux ne sont pas très encourageantes.

La première partie de la nuit suivante fut assez mauvaise, la respiration s'engouant fréquemment par suite de l'abondante expectoration qui se produisait. Mais le calme se fit peu à peu et le lendemain la voix était perceptible, quoique très rauque et bitonale. La congestion pulmonaire et la bronchite s'étaient amendées. Le même traitement fut continué.

Il est temps maintenant de parler de la sœur de cette petite malade, sœur agée de 18 mois seulement, et que dès le début de l'angine diphthérique on avait isolée autant que le permettaient les circonstances, c'est-à-dire dans la pièce la plus éloignée de l'appartement, et qu'on avait d'après le conseil de M. Labric soumise préventivement à l'usage du chlorate de potasse. A ma seconde visite on m'avait montré cette enfant, non qu'elle eût la gorge malade (celle-ci était absolument rose et nette), mais parce qu'elle paraissait souffrir de l'oreille droite. Je constatai en effet au devant du pavillon un ganglion très tuméfié et un écoulement muco purulent par le conduit auditif externe. On y fit des injections de solution boriquée et on placa un tampon d'ouate imbibé de coaltar.

Vingt-quatre heures après, la région sous maxillaire me paraissant se tuméfier, j'examinai de nouveau la gorge et aperçus sur une amygdale un réticulum opalin mince comme une toile d'araignée. J'émis des craintes au sujet de la nature diphthérique de cet exsudat et conseillai des attouchements avec le jus de citron. On fit prendre à l'enfant un peu de potion à l'extrait de quinquina, et on la poussa à s'alimenter autant que possible. Le lendemain il n'y avait plus de doute sur la nature de l'angine. Deux plaques épaisses et gris jaunâtre formaient coque sur les amygdales, l'adénopathie sous maxillaire et cervicale était plus marquée; par contre le ganglion préauriculaire avait beaucoup diminué ainsi que le jetage par l'oreille. L'état général se maintenait bon, l'enfant s'alimentait sans difficulté.

On institua à partir de ce moment des badigeonnages et les irrigations de l'isthme du gosier avec le coaltar.

Le jour suivant les fausses membranes commençaient à se fendiller et à se recroqueviller sur les bords. Il y avait un peu de toux et de bronchite ; mais l'état général demeurait bon, et, pour en finir avec l'observation de cette petite, en quelques jours les amygdales furent détergées et la guérison s'effectua sans encombre.

Mais, pour revenir à la sœur aînée, au moment où sa laryngite s'amendait ainsi que ses complications thoraciques, alors que les amygdales étaient complétement détergées et que l'adénopathie cervicale avait presque disparu, l'enfant se plaignit de douleurs dans l'oreille droite.

Un écoulement muco-purulent se fit quelques heures plus tard par le conduit auditif, les ganglions voisins du pavillon se tuméfièrent modérément, et à la partie profonde du conduit auditif me parut exister un exsudat analogue à des fausses membranes diphthéritiques. Les injections boriquées, les tampons de coaltar, qui avaient très bien réussi pour les accidents analogues de l'autre petite fille, furent employés avec succès.

Je passe les derniers jours de l'observation; ils furent marqués par le retour graduel de la voix à son timbre naturel, la disparition de toute dyspnée, la chute définitive de la température, la réapparition de l'appétit et de la gaité, en même temps que l'otite disparaissait. L'usage du benzoate de soude a été continué tant que les symptômes laryngés ont existé.

Maintenant il nous reste à résumer les raisons pour lesquelles nous avons relaté ces deux observations.

D'abord elles présentent une marche assez curieuse, si on considère que, dans le cas de la première petite fille, l'angine fut suivie au bout de quelques jours d'une otite suppurée, je n'ose dire diphthérique, bien que j'incline à la croire telle, tandis que, chez la seconde, ce fut une otite analogue qui précéda de deux ou trois jours l'angine pseudo-membraneuse. La membrane tympanique a-t-elle été détruite dans les deux cas et le cheminement de l'inflammation simple ou spécifique à travers l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache s'est-il fait dans le premier cas de dedans en dehors, dans le second du dehors au dedans à la manière du processus érysipélateux? C'est une question que je pose sans la résoudre.

Je parlerai encore des dissemblances entre l'évolution de la dipthérie chez ces deux enfants ; chez l'aînée elle revêt d'emblée la forme infectieuse: la dysphagie et l'anorexie, l'abattement sont au summum, bien que les fausses membranes de la gorge se détachent en somme assez aisément et ne se reproduisent pas; au contraire la cadette, quoique plus jeune, supporte admirablement une angine, aussi intense que celle de sa sœur, et ne perd presque à aucun moment l'appétit, ni le sommeil.

Chez l'aînée, enfin, les voies aériennes sont profondément atteintes. Les complications bronchopulmonaires ont elles été d'ordre simplement inflammatoire? Aucun moule pseudo-membraneux n'ayant été trouvé dans les produits d'expectoration, on ne peut affirmer le contraire. En tout cas la laryngite a été grave, intense, longue ; l'aphonie progressive et absolue, la dyspnée et l'ébauche d'accès de suffocation, les adénopathies voisines du larynx

permettent, à ce qu'il nous semble, d'admettre qu'il y a eu croup comprimé.

L'usage interne du benzoate de soude a-t-il eu une influence heureuse sur l'évolution de la laryngite et de la bronchite? Je suis très disposé à le croire; mon confrère, le père de l'enfant, le croit aussi. En pareille occurrtence j'y recourrai certainement à l'avenir, en élevant la dose suivant l'âge de l'enfant jusqu'à 5 grammes par 24 heures, comme Letzerich le conseille.

En outre j'ai tenu à profiter de ces cas pour rappeler à ceux de nos confrères qui ne sont pas très familiarisés avec le traitement de la diphthérie que, dans les cas où l'intoxication n'est pas absolument profonde dès le début, en luttant pied à pied par les soins les plus minutieux, en relevant sans cesse le courage des parents pour obtenir d'eux une collaboration efficace, on peut arriver souvent à un résultat favorable.

Enfin, jusqu'à nouvel ordre, la thérapeutique de la diphthérie nous paraît pouvoir se résumer dans les deux énumérations suivantes :

Ce qu'il ne faut pas faire : — c'est de badigeonner la gorge avec des caustiques, quels qu'ils soient, parce qu'ils ont ce double résultat néfaste, d'abord de favoriser l'extension des fausses membranes, en irritant et en dénudant de son épithélium les parties voisines de la muqueuse encore saines; ensuite d'accroître la dysphagie par la turgescence réactionnelle des tissus cautérisés. Ce qu'il ne faut pas faire, c'est donner des médicaments capables d'entraver les fonctions digestives, d'augmenter le dégoût et l'anorexie.

Mais **ce qu'il faut faire :** — ce sont des badigeonnages, des irrigations *aussi fréquentes que possible* avec des solutions antiseptiques (coaltar, eau de chaux, acide borique); — des onctions mercurielles sur les adénopathies; — c'est administrer des toniques de tout genre, une alimentation constante obtenue par la variété des aliments offerts et l'insistance avec laquelle on les offre, au besoin grâce à la sonde molle facile à introduire par une narine quand il n'y a pas de coryza couenneux, et par des lavements de peptone quotidiens; — c'est aérer et ventiler l'appartement en maintenant l'atmosphère un peu humide et aseptique; — c'est enfin, dans l'intervalle des soins nécessaires, laisser l'enfant reposer et dormir, s'il le peut, pour ne pas épuiser sa force nerveuse.

Voilà notre profession de foi, aujourd'hui comme il y a cinq ans (1).

PAUL LE GENDRE.

(1) Concours médical 1881. Les traitements de diphthérie.

NOUVELLES

M. le Dr Dujardin-Beaumetz reprendra ses conférences de clinique thérapeutique à l'hôpital Cochin le mercredi 4 mai à 10 heures du matin.

HOPITAL BICHAT. M. le Dr Henri Huchard commencera ess leçons de *clinique et de thérapeutique médicales*, à l'hôpital Bichat, le dimanche 9 mai à 9 *heures et demie* du matin et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Obligations militaires des médecins civils.

« Les médecins civils sont de trois classes : *médecins de la réserve*, *médecins de la territoriale* ou *dégagés de toute obligation militaire* par leur âge ou les exemptions légales.

1° Quant aux médecins de la *réserve* et de la *territoriale*, le *règlement* sur le service de santé, promulgué le 27 décembre 1883, visé par le *Président de la République*, est établi en exécution de la loi *du* 16 *mars* 1882 sur l'administration de l'armée.

Art. 14 : Le *directeur du service de santé* a autorité sur les *médecins* et *pharmaciens* de réserve et de l'armée territoriale affectés à des corps ou des services du corps d'armée, ou *domiciliés* dans la région. Il propose au *général* commandant le corps d'armée l'affectation des médecins de la réserve et de l'armée territoriale désignés pour une période d'appel.

Art. 18 : *En cas d'insuffisance du personnel médical*, le directeur du service de santé rend compte au *général*, qui informe le *Ministre*. En cas d'*urgence*, le général prescrit au directeur du service de santé de convoquer des médecins de *réserve*.

Le directeur du service de santé tient, à cet effet, des listes spéciales des médecins de réserve domiciliés dans la région, avec l'indication des époques de l'année, fixées d'avance, pour chacun d'eux, pendant lesquelles ils peuvent, sans inconvénient, se rendre aux convocations prescrites par la loi.

2° Au sujet des *médecins civils*, l'article 18 dit :

A défaut de médecins et de pharmaciens de réserve, le général requiert, *sur la proposition* du directeur, des médecins civils qui reçoivent alors les indemnités fixées par la note 2.

De ces articles il ressort qu'un de nos correspondants, tout en ne pouvant pas être convoqué *gratuitement* comme les médecins de réserve, a pu l'être comme médecin civil, à charge par l'Etat de lui remettre une indemnité, et, du moment qu'il était requis, il devait se soumettre aux obligations du service tel qu'il est imposé aux médecins militaires.

Le directeur du service de santé avait le droit de le désigner, et il l'a fait parce que notre confrère appartient à l'*armée territoriale*. »

3° *Médecins dégagés de toute obligation militaire* : « Les indemnités à allouer aux médecins *civils* requis pour l'exécution du service de santé dans les corps de troupes, dans les hôpitaux militaires et dans les salles militaires des hospices civils, sont déterminées par un tarif spécial arrêté par le Ministre pour chaque région, et par place, sur la proposition du général commandant le corps d'armée. »

Cet article du règlement constitue-t-il un droit pour le général?

Le médecin civil a-t-il, comme pour les questions judiciaires, le droit de refuser la réquisition?

En fait, du moment que, dans une place, il n'existe pas de médecin militaire ou de réserve ou de la territoriale, le service public de traitement des soldats à

l'hôpital ou à la caserne doit pouvoir être assuré par le commandement même en temps de paix. »

De l'inspection des enfants en nourrice.

Nous désirons attirer l'attention de nos lecteurs sur une brochure qui vient d'être publiée par un membre du Concours (1). Sous forme de causerie adressée à un confrère qui vient d'être nommé médecin inspecteur, l'auteur, M. le Dr Limouzin-Lamothe, explique le mécanisme, très compliqué en apparence, à l'aide duquel le législateur a voulu assurer le bon fonctionnement de la loi Roussel. Ceux qui remplissent les fonctions de médecins inspecteurs doivent posséder certaines qualités énumérées dans la circulaire ministérielle du 15 juin 1877 et, de plus connaître à fond les articles de la loi du 23 décembre 1874 complétée par un règlement d'administration publique du 27 février 1877, une circulaire ministérielle du 20 mars de la même année, une instruction générale du 15 juin 1877, diverses autres circulaires ministérielles ou préfectorales.

Pourquoi une loi si utile n'est-elle pas appliquée dans tous les départements? « Tandis que, chaque jour, la loi Grammont protectrice des animaux, antérieure de près d'un quart de siècle à la loi protectrice de l'enfance, est mise en vigueur avec une activité et un zèle dignes de tous éloges, il semble que l'administration ne se préoccupe même pas d'instituer dans certains départements le fonctionnement de la loi Roussel, et on est vraiment surpris de voir que beaucoup de conseils généraux, certainement mal informés, hésitent malheureusement à voter des fonds pour en assurer l'exécution.

La loi est strictement exécutée en Seine-et-Marne, mais il arrive encore que, par la faute de l'administration, *de mauvaises nourrices* parviennent à se procurer des nourrissons. L'auteur voudrait voir ces nourrices réprimandées par les juges de paix plutôt que par les tribunaux.

L'auteur nous montre aussi la différence qui existe entre le certificat du maire et celui du médecin. Il nous conduit ensuite dans l'intérieur de la maison des nourrices et nous montre combien les règles de l'hygiène y sont peu observées. Viennent ensuite : la description de la première visite et les principaux conseils à donner aux nourrices, la manière dont doit être rédigé le bulletin mensuel, ce qui a trait aux commissions locales : « ces commissions, qui devraient être surtout composées d'honnêtes mères de famille, pourraient servir de la manière la plus profitable la cause de l'enfance et contribuer ainsi à une bonne organisation de la surveillance qu'elles partageraient avec nous : belle et noble tâche, si elles savaient la comprendre! » p. 33. L'auteur nous montre ensuite la nécessité de combattre par tous les moyens l'ignorance, les préjugés, les coutumes dangereuses, de répandre les notions les plus utiles, les pratiques les plus rationnelles de l'hygiène de l'enfance; laborieuse occupation, dit-il, que le résultat à obtenir rend digne de notre ambition et de nos efforts!

(1) *Guide du médecin inspecteur de la première enfance.* Explication de la loi du 23 décembre 1874, par le Dr Limouzin-Lamothe.

La rémunération du médecin inspecteur en Seine-et-Marne est certainement bien faible, surtout si l'on tient compte du long rapport à fournir à la fin de chaque année, mais malgré toute la difficulté du service, le Dr L. Lamothe nous déclare qu'on s'attache bien vite à la plénitude d'exécution d'une loi tutélaire dont les bienfaits s'imposeront sans retard à la reconnaissance des populations et l'on devient forcément un véritable père pour ces pauvres *Satiras*.

L'auteur termine cette première partie en engageant son confrère à accepter la place de médecin inspecteur. « Lorsque vous aurez surmonté les premières difficultés et aplani les premiers obstacles, vous remplirez ce devoir avec le plus grand plaisir et vous éprouverez une grande satisfaction à pouvoir vous dire que vous concourez à une grande œuvre sociale et humanitaire; vous contribuerez ainsi à sauver quelques-uns de ces pauvres petits êtres qui constituent un des principaux éléments de notre force nationale. Ne réussiriez-vous ainsi qu'à sauver un enfant tous les ans, il sera plus tard une bonne mère de famille ou un citoyen de plus pour la défense de la patrie et l'un de ceux-là, peut-être, sera le premier un jour au poste d'honneur!! »

Dans la 2e partie de son travail, l'auteur nous expose les résultats obtenus depuis l'application de la loi en Seine-et-Marne, un des départements les plus nourriciers en France. La mortalité générale des nourrissons avant 1874, était tellement effrayante qu'on avait créé pour elle cette triste expression : dépopulation de la France; l'auteur nous fait voir ensuite ce qu'elle était dans toutes les nations de l'Europe et nous prouve que, tandis que la population s'accroît tous les ans partout ailleurs, et qu'en Prusse la période de doublement était de 67 ans 1/2, la France subissait un décroissement annuel de 0,01 par 100 habitants, ce qui amènerait l'extinction de la race en 600 ans.

Ces considérations forcent à admettre qu'il existe deux causes bien tranchées de dépopulation : le petit nombre de naissances et la grande mortalité des enfants du premier âge. Retenons ces quelques lignes d'un pamplet Allemand que cite M. Lamothe. « ... Les cinq fils pauvres de la *famille Allemande* viendront facilement à bout du fils unique de la famille Française..... Quand une nation grossissante en coudoie une autre plus clair semée, qui par suite forme un centre de dépression, il s'établit forcément un *courant d'air*, vulgairement appelé *invasion.* » p. 49.

Si le médecin ne peut rien sur la dépopulation par défaut de natalité, à lui en revanche l'honneur et le mérite de diminuer le tribut prélevé par la mort sur les enfants dont la surveillance lui est confiée; la mortalité est descendue chez les enfants surveillés, de 21,64 0/0 à 11,70 0/0, c'est-à-dire inférieure à ce qu'elle est chez les enfants demeurés dans leur famille. Cette surveillance n'a coûté que 13,000 francs au département et lui a rapporté plus de deux millions. On voit donc, dit-il, « le tort que feraient à leur département des conseils généraux qui craindraient encore de l'engager dans des dépenses qu'ils croiraient exagérées. Du reste, qui veut la fin veut les moyens et dans une question d'une telle importance

l'argent pèse bien peu dans la balance; l'on doit, avant toutes choses, envisager le but à obtenir qui est d'augmenter la force vive de la France en lui conservant nombre d'enfants dont elle a un suprême besoin et dont elle saura, espérons-le, faire des hommes. »

Dans la 3e partie de ce travail, l'auteur examine les causes de la mortalité relativement élevée que l'on observe encore parmi les enfants surveillés; il parle du danger de transporter trop tôt les enfants délicats, de l'alimentation prématurée, de cette affreuse bouillie, colle indigeste inventée par les nourrices mercenaires, du biberon qu'il ne défend pas lorsqu'il est bien employé; il indique le meilleur et la manière dont on doit en faire usage; il nous montre les résultats qu'en obtiennent de bonnes nourrices qu'il propose de récompenser, de même qu'on doit punir les coupables; il voudrait surtout que la loi pût garantir son salaire à une nourrice esclave de ses devoirs qui est assujettie à plus de soins, de vigilance, de formalités légales que la mère elle-même.

Pour faire disparaître ces causes de mortalité, la loi doit être strictement appliquée dans toute la France; des inspecteurs généraux doivent y veiller. « Ne pensons pas, dit-il, avoir tout fait en faveur de la protection de ces pauvres enfants, parce que nous avons fait quelque chose; les résultats obtenus dans les quelques départements où la loi est appliquée, doivent encourager nos législateurs à veiller à son exécution immédiate et rigoureuse dans la France entière, car ils n'auront rien fait, qu'ils en soient bien convaincus, tant qu'il restera encore quelque chose à faire en faveur de ces enfants, l'espoir de la Patrie, qui nous donneront les victoires de l'avenir, et dont l'un peut rémunérer au centuple les sacrifices faits pour toute sa génération, s'il devient un Bonaparte, ou mieux ...un Pasteur!! »

Le travail de M. le Dr Limouzin-Lamothe, d'une lecture facile et agréable est appelé à rendre de réels services et il serait à désirer qu'il fût lu par nos confrères, et aussi par nos législateurs, par les préfets et les conseillers généraux qui tous à des titres divers doivent s'intéresser à la question de la protection de l'enfance.

On lit dans le *Petit Nord* :

Violation du secret professionnel. — A son audience d'hier, le tribunal correctionnel de Lille a condamné à 16 francs d'amende le docteur D..., médecin de la Société de Secours mutuels d'une commune des environs de Lille, accusé d'avoir révélé au président de la Société une maladie secrète dont était atteint un des sociétaires.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE
DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Ont payé leur cotisation en 1886:

MM. Colombet (Miramont, Lot-et-Garonne), 1er semestre. — Fleury (Paris). — Dujardin-Beaumetz (Paris). — Rabère (Pauillac, Gironde). — Courtault-Raphanel (Saint-Pierre-le-Mouthier, Nièvre). — Domec (d'Arbis, Gironde). — Cézilly fils (Paris). — Mathez (Mouthier-Haute-Pierre, Doubs). — Parmentier (Flize, Ardennes). — Balanda (Prades, Pyrénées-Orientales). — Gassot (Chevilly, Loiret). — Chavoix. — Mme Chavoix (Bordeaux). — Dallidet (Bordeaux). — Arnozan. — Mme Arnozan (Bordeaux). — Amanieu (Macau, Gironde). — Brethenoux (Cadillac, Gironde). — Destrem (Paris). — Raymond (Limoges, Haute-Vienne). — Ordonneau. — Mme Ordonneau (Mouilleron, Vendée). — Barbanneau (Pouzauges, Vendée). — Dupeux (Bordeaux).

MM. Leroy. — Mme Leroy (Laboissière, Somme). — Bauzon (Châlon-sur-Saône, Saône-et-Loire). — Gibert (Ornaisons, Aude). — Rybard (Menton, Seine-et-Oise). — Blanc. — Mme Blanc (Labachellerie, Dordogne). — Maussire (Vesoul, Haute-Saône). — Mignen (Montaigu, Vendée). — Calvet (Castres, Tarn). — Lapeyronie. — Mme Lapeyronie (Bordeaux). — Moreau. — Mme Moreau (La Rochelle). — Drumez, Bessé-sur Braye, Sarthe). — Okinczyc (Villepreux, Seine-et-Oise). — Pinel (Pont-Rousseau, Loire-Inférieure.) — Pinteaud-Desallées (Larochefoucauld, Charente). — Souloumiac (Saint-Porchaire, Charente-Inférieure). — Rouvier (Voiron, Isère). — Boyer (Vaudert, Gard). — Marès (Moustey, Landes). — Gandaubert (Montsauche, Nièvre). — Hiliot. — Mme Hiliot (Chef-Boutonne, Deux-Sèvres). — Cézilly (Chantilly, Oise). — Cézilly fils (Paris). — Logeais (Palluau, Vendée). — Arnaud (La Jasse, Gard). — Lagardère, (Castelnau-d'Auzan, Gers). — Mercurin (Saint-Rémy-de Provence Bouches-du-Rhône). — Alibert (Saint-Lô, Manche). — De Ranse (de Paris). — Lugeol. — Mme Lugeol (Bordeaux). — Reynaud (Nîmes, Gard). — Saint-Philippe (Bordeaux). — Colombet (Miramont, Lot-et-Garonne).

MM. Lejeune (Meursault, Côte-d'Or). — Bouquet (Valbonne, Alpes-Maritimes). — Barat-Dulaurier (Saint-Antoine, Gironde). — Pichard (*Rémalard, Orne*). — Piveteau (L'Oie, Vendée). — Fauchey. — Mme Fauchey (Saint-Vivien, Gironde). — Hameau (Arcachon, Gironde). — Guignard. — Mme Guignard (Guîtres, Gironde). — Grognot (Milly, Seine-et-Oise). — Brun. — Mme Brun (Lamoricière, Oran). — Gueneau (Nolay, Côte-d'Or). — Millet (Crépy-en-Valois, Oise). — Bertin (Gray, Haute-Saône). — Barbaste. — Mme Barbaste (Saint-Palais, Basses-Pyréyées). — Boucher (Voiron, Isère). — Calmels (Millau, Tarn). — Mouchot (Commarin, Côte-d'Or). — Brousse (Saint-Estèphe, Gironde). — Aubert (Loriol, Drôme). — Gervais (Bordeaux). — Douaud (Bordeaux). — Busquet (Saint-Aigulin, Charente). — Lasalle (Lormont, Gironde). — Verdalle. — Mme Verdalle (Bordeaux). — Delavaux (Dieue, Meuse). — Mauriac (Bordeaux). — Garavel. — Mme Garavel (Montreuil, Seine). — Lemariey (Pont-Audemer, Eure). — Baudrimont (Bordeaux). — Planel (Beaumont-le-Roger, Eure). — Touplain. — Mme Touplain (Paris). — Landur (Paris). — Bach (Conches-sur-Ouches, Eure). — Senebier (Mens, Isère). — Pouillot (Brienon, Yonne). — Meslier (Barbezieux, Charente). — Laurent (La Rochelle). — Roche (Mormoiron, Vaucluse). — Laura (Saint-Médard, Gers). — Campan. — Mme Campan (Cadillac, Gironde). — Poumeau-Delille (Blanquefort, Gironde).

— Coriveaud. — Mme Coriveaud (Blaye, Gironde). — Mistral (Marseille). — Marchand. — Mme Marchaud (Aulnay-en-Saintonge, Charente-Inférieure). — Hugues. — Mme Hugues (Fleurie, Rhône). — Vitte (Saint-Julien-sur-Reissouze, Ain). — Bardy (Belfort, Haut-Rhin). — Surre. — Mme Surre (Saint-Cloud, Seine).

MM. Sabarots. — Mme Sabarots (Orègue, Basses-Pyrénées). — Devoisins (Breteuil, Eure). Maurat. — Mme Maurat (Gouvieux, Oise). — David (Siegean, Aude). — Gonthier (Colioure, Pyrénées-Orientales). — Licke (Maisons-Lafitte, Seine). — Chargelaigue (Couhé, Vienne). — Barbry (Wattrelos, Nord). — Barbat (Charlieu, Loire). — Laurent (La Rochelle, Charente-Inférieure). — Lemoine (Château-Chinon, Nièvre). — Vernier (Carmaux, Tarn). — Hiblot (Châteaudun, Eure-et-Loir). — Laylavoix (Lemarque, Gironde). — Armand (Albertville, Savoie), — Guénot (Laroche-en-Brenil, Côte-d'Or). — Sutils (Lachapelle-la-Reine, Seine-et-Oise). — Carcopino (Verneuil, Eure). — Corté. (La Charité, Nièvre). — Cambus (Bohain, Aisne). — Okinczyc (Luzarches, Seine-et-Marne). — Ducosté (Brionne, Eure). — Julliard. — Mme Julliard. (Châtillon, Côte-d'Or). — Bubendorf (Belfort, Haut-Rhin). — Eyriès (Mar-seille). — Martelli. — Mme Martelli (Rugles, Eure). — Poutet (Rives sur-Fure. Izère). — Dartigolles (Villandraut, Gironde). — Duvernois (Belfort). — Loubière (Port-Sainte-Marie, Lot-et-Garonne). — Régnier (Doulaincourt, Haute-Marne). — Margueritte (Havre, Seine-Inférieure). — Roger. — Mme Roger (Hâvre, Seine-Inférieure). — Huchard (Paris). — Maurel (Paris). — Lesguillons (Compiègne, Oise). — Chauvel (Quimper, Côtes-du-Nord). — Wurtz. — Mme Wurtz (Compiègne, Oise). — Rousseau (Noisiel, Seine-et-Marne). — Monin (Paris). — Dard (Custine, Meurthe-et-Moselle). — Chaumier (Graud Pressigny, Indre-et-Loire). — Salles (Coursan, Aude). — Latapie (L urdes, Hautes-Pyrénées). — Heuriot (Montargis). — Dunan (Etauliers, Gironde). — Barthez (Narbonne, Aude). — Combaud (Sancerre, Cher). — Greuell. — Mme Greuell Gérardmer, Vosges). — Dartigues (Pujols, Gironde). — Gélineau (Paris). — Veysières (La Bourboule. Puy-de-Dôme).

MM. Moret. — Mme Moret (Ménerville, Algérie). — Marty (Kreider, Algérie). — Choquart (Pleurs, Marne). — Laurent. — Mme Laurent (Sanvic, Seine-Inférieure). — Laurens (Nyons, Drôme). — Leblanc. — Mme Leblanc (Saint-Pourçain, Allier). — Clochepin (Tracy-le-Mont, Oise). — Aubert (Loriol, Drôme). — Chabrely (Bordeaux).

Situation du 15 avril 1886.

	Doit	Avoir
Caisse	92,542 68	91,641 40
Caisse des Pensions de Retraite	1,461 27	1,400 »
Cotisations	....	86,629 20
Frais généraux	2,967 98	303 11
Obligations du Midi	11,306 55	644 10
Rente 3 % amortissable	52,805 55	892 50
Obligations foncières 1883	18,595 »	727 50
Obligations communales 86	24,705 25	485 »
Caisse auxiliaire	....	1,461 27
	184,184 08	184,184 08

Le total général, depuis la création de la Caisse, s'élève à la somme de 91,631 fr. 41 c.

Le Trésorier; Dr H. Verdalle.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association Syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

SÉANCE DU 26 JANVIER 1886.

Présidence de M. le Docteur Teillais.

Nous empruntons le compte rendu suivant à la *Gazette médicale de Nantes.*

La séance est ouverte à 5 heures 1/2.

DISCOURS DE M. LE PRÉSIDENT.

M. Teillais. — Mes chers confrères, il y a un an, à la place que j'occupe grâce à vos bienveillants suffrages, M. Berneaudeaux, le premier président du Syndicat de la Loire-Inférieure, vous faisait l'histoire de notre Société à son début, vous rappelait les circonstances au milieu desquelles était née l'idée de chercher et de mettre en pratique les moyens de sauvegarder notre dignité professionnelle en même temps que nos intérêts et, après quelques péripéties, vous signalait leur réalisation féconde.

En effet, quelques mois à peine s'étaient écoulés que les douze premiers fondateurs avaient vu se grouper autour d'eux cinquante de leurs confrères, animés du même zèle et de la même préoccupation et dont les efforts ne devaient pas tarder à être couronnés de succés.

Dans les séances laborieuses et régulièrement suivies s'achève d'abord et se perfectionne l'organisation de la Société, qui se hâte d'étudier l'une des question les plus importantes du programme tracé, celle de l'exercice illégal de la médecine, trouve d'heureuses solutions à des problèmes qui ne laissaient pas d'être difficiles et arrive ainsi à supprimer des abus qui se perpétuaient.

Dès le premier jour s'affirme votre iufluence. Aussi la municipalité, avant d'établir le service médical de nuit, fait-elle appel à votre bureau pour s'inspirer de de ses conseils. A cette occasiou, je me plais à vous dire que l'autorité n'a cessé d'avoir pour vous les plus grands égards et que l'administration muuicipale, encore aujourd'hui, ne fait aucune nomination parmi les membres du service médical de nui sans faire l'honneur à votre président de le consulter sur le choix des candidats.

J'ai passé, messieurs, bien des détails ou du moins bien des services rendus par ceux qui ont été les fondateurs de notre Syudicat, j'ai voulu surtout rappeler les résultats qu'ils ont obtenus, les progrès

qu'ils ont accomplis dès la première année et vous signaler l'héritage qu'ils nous ont transmis quand vous nous avez confié le périlleux honneur de leur succéder.

La tâche était nouvelle, surtout pour moi, mais ce qui m'a rassuré, c'est que je savais pouvoir compter sur le dévouement de ceux qui se démettaient trop tôt de fonctions qu'ils remplissaient si bien. Je les remercie de m'avoir apporté, aussi bien dans les séances que dans les entretiens intimes qui en étaient la préparation, l'appui de leur expérience, la lumière de leurs conseils, et vous tous, mes chers collègues, je vous prie d'agréer ma gratitude, pour la bienveillance que vous m'avez constamment témoignée. Il nous restait à continuer l'œuvre si bien commencée, mais jeune encore et exposée par cela même à de certains dangers; à nous efforcer de la soutenir, de l'étendre, de la faire prospérer.

. . . .

Avons-nous atteint le but que nous nous proposions?

Certes toutes nos aspirations ne sont pas satisfaites et nous avons encore bien des luttes à soutenir avant d'avoir rendu des services efficaces à la profession médicale, même dans une modeste mesure, et il ne peut en être autrement à l'heure actuelle, mais nous pouvons dire sans présomption que nous avons marché sans défaillance et que nous avons fait de rapides progrès.

Nous comptons aujourd'hui quatre-vingts sociétaires et pendant que nos confrères de l'Association des médecins de France me faisaient l'honneur de m'élire vice-président, notre sympatique confrère Laënnec, qui depuis longtemps dirige avec dévouement cette Société, se faisait inscrire au Syndicat médical. C'est assurément un témoignage certain des relations amicales que nous entretenons ensemble.

Chaque jour amène de nouvelles adhésions, je dirai même des conversions et je ne doute pas qu'elles ne deviennent bientôt plus nombreuses encore.

Il est naturel qu'au moment où une initiative se produit, où un nouvel ordre de choses tend à s'établir, comme une nouvelle organisation professionnelle, une modification des coutumes médicales par exemple, il y ait un sentiment de résistance sur quelques points, un reploiement sur soi et comme un suprême effort de quelques fidèles pour sauver les vieilles mœurs et les traditions. Les jeunes ne voudront pas remplir cet office suranné, quand des vétérans prêchent d'exemple et marchent en avant.

Je ne vois du reste d'hostilité nulle part, mais un doute, une appréhension mal déterminée. Les uns refusent a priori d'entrer dans uue combinaison qui ne les a points séduits toute de suite, les autres pensent qu'il est sage d'attendre encore, tout en convenant de certains avantages, de certaines qualités même. Ces diverses attitudes ne peuvent provenir que de la connaissance imparfaite de notre organisation et de l'objet de nos efforts. Y en a-t-il qui craignent d'enchaîner leur indépendance et, n'envisageant que le point de vue matériel, pensent ne plus pouvoir à leur gré maintenir ou abaisser le taux de leurs honoraires suivant les circonstances et particulièrement suivant les offres des sociétés ouvrières? Je ne le crois pas. Il n'y a pas de tarif qui engage et la liberté reste absolue.

Une question d'amour-propre peut-elle être agitée? Il n'y aurait certes par lieu à être tant humilié de se sentir quelquefois conduit, aidé dans le sens du bien et même du bien-être.

D'autres invoqueront peut être que nos spéculations sont d'un ordre peu élevé et que du reste, à l'abri des déboires et des mécomptes, ils n'ont pas d'intérêt direct à faire partie d'un syndicat. A ceux-là, je répondrai de faire un acte de plus de confraternité et de désintéressement. Est-ce l'étiquette, est-ce le mot syndicat qui vous choque? A ce propos, je serai d'avis de faire toutes les concessions et, à la façon du Dr de Lacharrière, sous le nom plus pompeux de société de déontologie, avec des statuts identiques nous travaillerons au maintien de la dignité professionnelle et à l'amélioration du sort des médecins, nous irons jusqu'au bout, nous emprunterons la devise : « Honneur, Devoir et Solidarité. »

C'est en vain que les sceptiques et les pessimistes tenteront désormais d'élever des objections et d'arguer de l'inutilité de nos efforts, de notre impuissance; le principe syndical est admis, il s'impose partout, s'étend de jour en jour et produit d'heureux effets.

Notre confrère, en formulant son dernier vœu au Conseil municipal à propos de la réorganisation du Bureau de bienfaisance, qui consiste à permettre à tout médecin de bonne volonté de s'inscrire sur une liste où l'on choisirait le personnel nécessaire au service des indigents, lesquels pourraient à leur tour choisir parmi ce personnel, n'a pas fait autre chose qu'œuvre syndicale.

Ce vœu, messieurs, adopté et transmis au Bureau de bienfaisance, acquiert une signification particulière et une haute portée, au lendemain de la mesure énergique et imprévue, qui a frappé un certain nombre de nos confrères.

Ce rapprochement me suggère quelques réflexions, et c'est par là que nous terminerons notre entretien.

Vous vous souvenez qu'à notre dernière séance, tout émus de l'exécution sommaire qu'on venait d'accomplir, tous nos confrères du Bureau de bienfaisance, ceux qui venaient d'être l'objet des faveurs de l'Administration comme ceux qui s'en étaient vus brusquement séparés, protestèrent contre cet acte sans précédent. C'est une manifestation confraternelle qui est trop à l'honneur de vous tous pour que je ne la rappelle pas. Il convient donc de préciser son caractère. Messieurs les administrateurs n'ont sans doute pris cette mesure que dans l'intérêt du service; mais, sans manquer de déférence, il me sera permis de leur dire qu'ils ont peut-être eu le tort de considérer les médecins comme simples agents et non comme des collaborateurs pour la plupart méritants et dévoués, soucieux surtout de leur dignité et qui souhaitent que désormais, en associant les convenances au devoir, on ait plus d'égards pour les services rendus.

COMPTE RENDU DE M. LE SECRÉTAIRE.

M. CHACHEREAU. — Messieurs à notre dernière assemblée générale, tenue le 28 juillet dernier, je vous ai exposé les différentes questions qui avaient

été agitées dans les réunions du cercle de Nantes pendant la première partie de l'année. Je ne recommencerai pas ce résumé aujourd'hui.

D'autre part, comme les derniers mois de l'année sont en partie occupés par les vacances, les convocations se sont trouvées peu nombreuses; ma tâche sera donc vite achevée et vous me pardonnerez de conserver à ce rapport le facile mérite d'être court.

Notre séance du 14 octobre a été particulièrement intéressante; nous y avons d'abord fixé les honoraires de notre encaisseur. Tous les membres présents sont tombés d'accord pour que les petites notes fussent très régulièrement présentées; c'est le seul moyen d'habituer les familles à tenir compte des soins médicaux et à leur donner une valeur commerciale. — Nous avons ensuite traité une question des plus épineuses, celle de la conduite à tenir vis-à-vis des payeurs de mauvaise foi, auxquels nous avons adjoint, par acclamation, les clients insolents. Je ne vous répèterai pas ici les détails de la discussion; je ne crois pas trop m'avancer pourtant, en disant qu'elle a été parfaitement inspirée; il est permis d'espérer que les dispositions votées, mises en pratique, porteront leurs fruits peu à peu, et qu'un jour, jour trois fois heureux, tous les mauvais payeurs auront été conduits vers des régions plus élevées où ils trouveront, avec nos amis non syndiqués, des âmes toujours faites pour les comprendre, et l'accueil de l'enfant prodigue.

Il est une question, messieurs, qui a passionné les médecins nantais depuis notre dernière assemblée générale, je veux dire celle du Bureau de bienfaisance. Je me contenterai de dire, à ce sujet, que la mesure générale prise par l'Administration a soulevé de nombreuses critiques; nous osons espérer que, dans l'avenir, les légitimes susceptibilités des médecins seront ménagées avec soin. Quoi qu'il en soit, en cette circonstance plus qu'en toute autre, on a pu constater, à la gloire de notre corporation, que les médecins étaient, moins que jamais, disposés à faire grève, quand il s'agit de la médecine des pauvres.

Les admissions de membres nouveaux ont été nombreuses; nous comptons maintenant parmi nous MM. les Drs Laënnec, directeur de l'Ecole de médecine, Lefeuvre, de Larabrie (de Nantes), Marchand, de Larabrie d'Arthon.

Messieurs, vous savez que les syndicats médicaux ne sont pas, d'après la cour de cassation, compris dans la loi sur les sydicats; vous vous rappelez aussi qu'un pétitionnement aux Chambres eut lieu, il y a quelques mois, pour qu'elles voulussent bien nous maintenir dans le droit commun. Aucune décision n'est encore advenue, ce qui n'a pas lieu de nous étonner. Mais tous doivent reconnaître que l'existence de fait des syndicats n'a subi aucune atteinte de la décision de la cour de cassation. De nouveaux syndicats se fondent chaque mois en France; une société de déontologie, pour ne pas dire un syndicat, est en formation à Paris, et, dans notre ville, les pouvoirs publics s'adressent au syndicat dans les questions concernant la médecine publique. Il n'y a donc lieu que d'espérer en l'avenir, et d'attendre sans impatience.

Messieurs et chers collègues, j'ai fini ce que j'avais à vous dire sur notre association; il me reste un devoir tout personnel à remplir avant de quitter cette charge, où vous tiendrez à vous faire regretter tour à tour : je n'ai pas en effet oublié que j'étais le dernier né des médecins de cette ville, lorsque, par suite d'un jugement sans doute téméraire, vous m'avez improvisé accompagnateur de notre cher Président, le Dr Teillais, et je serais ingrat, encore, si je méconnaissais la lisière toute confraternelle qui a soutenu mes premiers pas dans les sentiers de la médecine. Que tous mes confrères de Nantes reçoivent donc ici mes remerciments bien sincères, qu'ils me continuent cette large et franche cordialité; ah! mes vœux seraient dépassés, si, dans les temps à venir, ma thérapeutique trouvait grâce devant eux!

M. Luneau, trésorier, établit, dans son compte rendu, la situation financière de la Société.

Les recettes s'élèvent à.	918,71
Les dépenses s'élèvent à.	180,85
Reste en caisse.	730,86

L'admission de M. le Dr Franco, de Machecoul, mise aux voix, est votée à l'unanimité.

M. le Président fait savoir qu'il a l'intention de réclamer de la municipalité l'exécution des promesses de M. Colombel, en ce qui concerne les opérations, accouchements, etc., faits par le service de nuit.

Puis l'assemblée procède au renouvellement du bureau, M. le Dr Teillais est réélu président, ainsi que M. le Dr Porson, vice-président. M. Chachereau, secrétaire, est remplacé par M. le Dr Pérochaud. Celui-ci faisant savoir qu'il n'accepte pas, il est entendu que M. Luneau, trésorier, qui occupait précédemment la place de trésorier et de secrétaire, les remplira à nouveau.

La séance est levée à 6 1/4.

Dr Chachereau.

A 7 heures 1/2, un dîner intime réunissait, au restaurant Maurice, les médecins du syndicat. Une gaîté confraternelle n'a cessé d'y régner.

Dr Ch.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-8° de 1700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue chez Delahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 28 francs.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Thorens, de Paris.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année — N° 18 — 1er Mai 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Les formes de l'atrophie musculaire progressive vont en se multipliant à mesure que l'attention des observateurs est attirée de ce côté de la neuropathologie. M. *Joffroy* a donné dans la dernière séance de la **Société médicale des hôpitaux** la description d'un type encore peu connu de *paralysie atrophique juvénile des extrémités*. Le caractère de cette affection, dont M. Joffroy a pu fournir deux observations nouvelles (ce qui porte à 30 le nombre de celles qui sont aujourd'hui connues) est de débuter de bonne heure par les extrémités des membres inférieurs, muscles du pied, de la jambe et de la partie inférieure de la cuisse. Puis un temps d'arrêt, quelquefois de plusieurs années, s'établit dans l'évolution morbide; quand le processus atrophique recommence, c'est par l'extrémité des membres supérieurs, muscles des éminences thénar, interosseux, muscles de l'avant-bras; le bras est respecté comme l'épaule, les muscles du tronc et la face. C'est là le caractère différentiel principal d'avec cette forme d'atrophie musculaire survenant chez les jeunes sujets et débutant par la face, que Duchenne (de Boulogne) a décrite. La cause de la forme à début par les extrémités n'est pas connue, on a invoqué l'influence familiale, elle est évidente dans certains cas, mais il y a des cas isolés qui ne peuvent être expliqués ainsi; la scarlatine a été notée deux fois comme ayant précédé de peu de temps le début de l'atrophie. On s'aperçoit souvent du début par la tendance du sujet aux chutes fréquentes, par une déviation d'un pied ou des deux en varus équin, puis par la flexion des orteils, les troubles vaso-moteurs (pieds froids et cyanosés, engelures faciles). A un certain moment les sujets ne peuvent se tenir qu'avec peine en équilibre et, s'ils essaient de marcher, c'est en *steppant* comme certains chevaux, pour empêcher la pointe du pied de trainer sur le sol. Quand l'atrophie envahit les extrémités supérieures, les mains deviennent maladroites, se fatiguent d'une façon insolite pour les exercices tels que le piano ou l'écriture. Puis les éminences thénar et hypothénar s'aplatissent, les premières phalanges restent étendues, mais les deux dernières fléchissent. La contractilité faradique et galvanique disparaît dans les parties les plus atrophiées; dans certains groupes musculaires s'observe la réaction de dégénérescence. D'après l'exemple de M. Joffroy, on instituera le traitement suivant. Bains très-chauds deux fois par jour pour les parties atrophiées, massage, électrisation puis application pour la nuit d'un appareil orthopédique disposé de manière à contrebalancer l'action prédominante des muscles non atrophiés qui est la cause des déformations. Par ces moyens on peut espérer, comme y a réussi M. Joffroy, rendre aux enfants un grand nombre des mouvements qu'ils avaient perdus.

— *M. Debove* a observé une jeune fille hystérique qui à certains moments présente une élévation absolument insolite de la température et cela pendant une longue période, sans qu'il en résulte aucun trouble des grandes fonctions de l'organisme. L'année dernière elle avait eu des accès d'hyperthermie à intermittence variable. Elle vient d'avoir pendant trois mois une hyperthermie continue sans exacerbation vespérale. Pendant les deux premiers mois, la température était de 40° ; pendant le troisième, elle est montée à 41°,2 et 41°,5. La terminaison de cette fièvre continue s'est faite presque instantanément. Aucun soupçon de simulation ne peut être admis, dit M. Debove, la jeune fille qui est de sa clientèle urbaine est d'une situation sociale dans laquelle la simulation n'aurait aucune raison d'être, et d'ailleurs la température axillaire a toujours été prise par M. Debove lui

même ou par une religieuse garde-malade. En se basant sur ce singulier cas d'*hyperthermie hystérique* prolongée, M. Debove se demande s'il y a lieu d'admettre l'opinion des médecins qui pensent que l'hyperthermie prolongée à elle seule peut, sans altérations humorales, entraîner des désordres anatomiques dans les viscères profonds. La conservation de la santé chez cette jeune fille exclut toute idée de troubles importants causés dans son organisme par cette longue hyperthermie.

La question de simulation est toujours agitée à propos des accidents hystériques. A propos d'un malade atteint à diverses reprises de monoplégie, et qui guérit subitement, M. Charcot, M. Troisier ont fait le diagnostic de monoplégie hystérique. D'autres chefs de service, MM. Bucquoy, Vulpian admettent la simulation. Cet homme a des stigmates incontestables d'hystérie : anesthésie sensitive et sensorielle, rétrécissement du champ visuel, anesthésie du pharynx et de l'épiglotte, mais il se peut que, comme tout bon hystérique, il aime aussi à tromper les médecins et à certains moment simule tel ou tel accident paralytique, monoplégie ou paraplégie. Mais il n'a pu simuler une congestion pulmonaire intense brusque et fugace survenue sans aucun refroidissement, il y a quelques années dans le service de M. Du Castel. Hystérie et simulation vont donc souvent de compagnie et ne s'excluent pas ; bien au contraire :

ACADÉMIE DE MÉDECINE (Séance du 27 avril).

M. Cornil eût pu ne pas répondre à la communication métaphysique faite par M. Béchamp sur les microzymas ; il a préféré le parti contraire, et mieux eût valu peut-être pour M. Béchamp le silence que cette réplique.

M. Cornil a montré en quelques mots que la conception de M. Béchamp n'avait aucun fondement scientifique ; il plaît à celui-ci d'assimiler les granulations moléculaires élémentaires répandues partout à des ferments et d'en faire dériver les organismes les plus disparates, filaments, bacilles ou micrococques. Cette manière de voir est aussi extraordinaire que si on parlait d'œufs de pucerons ayant donné naissance à des oiseaux ou à des éléphants ; car, pour être microscopiques, tous ces microbes, ferments ou moisissures : ne sont pas moins des espèces absolument distinctes : les travaux multipliés de ces dernières années ont mis en évidence leurs propriétés particulières (modes de coloration, de reproduction, d'habitat, dispositions en colonies de forme spéciale dans des milieux de culture déterminés, etc.).

M. Cornil rappelle les expériences tant de fois répétées qui prouvent que des tissus animaux ou du sang mis dans des liquides de culture stérilisés ne donnent lieu à aucune végétation microbienne. Ces expériences, démontrant qu'il n'existe ni dans les cellule des tissus ni dans le sang de granulations capables d'engendrer des microbes, ruinent la conception de M. Béchamp.

En revanche, certaines expériences faites par M. Béchamp ont été mal interprétées par lui. Il obtient une fermentation en mettant un morceau de craie dans un jus sucré et conclut que la craie contenait des microzymas qui ont donné naissance à des microbes ferments. Mais cette craie, depuis longtemps extraite de la carrière et en contact avec l'air, avait bien pu se charger des germes de celui-ci ; il eût fallu, pour que l'expérience eût la valeur que M. Béchamp lui attribue que le morceau de craie eût été chauffé à 100 degrés. Mais alors la fermentation n'eût pas eu lieu.

Même objection doit être faite à l'expérience dans laquelle M. Béchamp a trouvé des micro-organismes au centre d'un morceau de viande dont la surface avait été coagulée par l'ébullition et en conclut que ce sont les microzymas de la viande qui ont engendré ces microorganismes. N'est-il pas plus naturel d'admettre que les germes de ces bactéries sont venus du dehors et ont pénétré au centre de la viande par les interstices des éléments anatomiques, comme tant de microbes anaérobies qui vivent dans l'intimité des tissus et non à leur surface.

Il faut savoir gré à M. Cornil d'avoir une fois pour toutes, parlant à la personne de M. Béchamp, dit leur fait à tous les détracteurs des doctrines microbiologiques, qui en parlent en théoriciens sans avoir mis la main à la pâte et qui se représentent en bloc tous les micro-organismes comme de *petites bêtes* peu différentes les unes des autres. Comme le professeur d'anatomie pathologique s'est égayé aux dépens de leur ignorance par ces paroles plaisantes qu'on n'attendait pas dans sa bouche ! « Soutenir la transformation rapide en un ou deux jours de tant d'espèces morbides distinctes les unes dans les autres me semble une assertion aussi étrange que la métamorphose instantanée d'un ver de terre en serpent, d'un roseau en chêne ou d'un rat en lion. Je croirais tout aussi volontiers aux métamorphoses de Jupiter amoureux en taureau ou en cygne, d'Actéon en cerf, de Daphné en laurier. »

— *M. Durozier* a parlé du *pouls veineux présystolique dans la chloro-anémie*, qu'il considère comme un bon moyen de diagnostic différentiel entre les lésions du cœur et les bruits extra-cardiaques de l'anémie.

« Chez les chloro-anémiques on assiste à une danse spéciale des jugulaires ; on a dit que ces mouvements sont physiologiques; ils ne se voient pas dans l'état normal ; ils ne se voient que dans la chloro-anémie, d'autant plus forts que celle-ci est plus grave. L'auscultation n'est pas nécessaire ; où on voit des mouvements, on entend des souffles.

L'examen des veines du cou, qui doit toujours précéder celui du cœur, n'est pas assez pratiqué. On croit trop que les instruments sont nécessaires ; on ne les a pas toujours à sa disposition et ils sont inférieurs à nos sens. Que de temps pris pour l'examen d'une seule artère au sphygmographe ! On peut dans le même temps étudier toutes les artères, toutes les veines, le cœur. La clinique se fait avec les doigts, les yeux, les oreilles et le cerveau.

Dans la chloro-anémie, l'affaissement de la jugulaire a lieu pendant la systole et non pendant la présystole ; le pouls veineux est présystolique. Parrot ne pouvait pas attribuer le battement de la jugulaire à l'insuffisance de la tricuspide, parce que le battement

n'est pas systolique. Il suffit de tenir la carotide et de regarder le pouls veineux; on voit le pouls jugulaire précéder le pouls carotidien et la veine s'affaisser en même temps que la carotide bat. Nous n'avons pas besoin d'instrument pour le constater. Les cas ne manquent pas.

Les souffles sont d'autant plus intenses que les mouvements sont mieux dessinés.

Il est facile d'expliquer la succession des souffles au premier et au deuxième temps. Après la présystole, le sang descend dans l'oreillette, un souffle se forme; puis le ventricule se dilate, un second souffle apparaît.

Pour les mouvements, la présystole rejette le sang en arrière et produit le pouls veineux, puis la veine s'affaisse quand l'oreillette se dilate.

Le souffle du deuxième temps peut s'entendre aussi bien au-dessous qu'au-dessus de la clavicule. On a l'explication de ces souffles extracardiaques qui ne sont que des souffles anémiques. Pourquoi ne pas faire des souffles veineux du cou des souffles extracardiaques?

Les bruits chloro-anémiques du cœur sont mal connus et trop souvent pris pour des bruits organiques, valvulaires ou péricardiaques. C'est là qu'est tout l'intérêt de l'étude des maladies du cœur. La thérapeutique s'en ressent. »

— *M. Lagneau* a lu un travail de statistique plein de chiffres pour démontrer que le *surmenage intellectuel et physique et la sédentarité* avaient une influence fâcheuse *sur nos écoliers*. Myopie, troubles digestifs par flexion du corps pendant la période digestive, déformations rachidiennes et thoraciques, affections cérébrales congestives, névroses, anémie se traduisant par des céphalalgies et des épistaxis sont relevées parmi les conséquences de la vie des enfants dans nos maisons d'éducation.

Telles peuvent être les conséquences morbides d'une sédentarité funeste, d'une instruction forcée et encyclopédique aussi uniforme que superficielle. Cependant, comme l'observe M. Gréard, « une société ne se soutient et ne s'élève que par la diversité des élites qu'elle produit. » Ce n'est pas en surmenant ainsi les jeunes intelligences qu'on forme les grandes nations.

Pour atténuer les conséquences fâcheuses de la surcharge intellectuelle et de la sédentarité scolaires, M. Lagneau pense que, si les heures de classes ont été réduites quelque peu, il importe bien davantage de réduire les heures d'études, les leçons et devoirs à faire à la maison; — que le travail intellectuel quotidien ne doit pas dépasser six heures à huit heures, selon les âges, de douze à vingt ans; — qu'il faut, non seulement réduire les programmes d'examens, dont l'amplitude encyclopédique, par un surmenage excessif, écrase l'intelligence sans l'impressionner d'une manière durable. Malheureusement, contrairement au désir de plusieurs recteurs et ministres de l'instruction publique, la réduction des programmes trouva un double obstacle, d'une part dans l'importance prédominante que chaque professeur accorde aux sciences ou lettres qu'il professe; d'autre part dans les conditions exigées pour l'admission à certaines écoles spéciales, qui ne relèvent pas de l'Université, comme le programme d'admission de l'Ecole polytechnique, qui dépend de l'administration de la guerre. Il importe cependant grandement qu'à des connaissances spéciales supérieures, les officiers joignent de grandes aptitudes physiques.

Un pointage quodidien de peu nombreux devoirs, des examens partiels successifs, mensuels, hebdomadaires, témoigneraient bien mieux de la régularité du travail et assureraient bien mieux des connaissances requises que ces examens encyclopédiques, qui, à certains moments, exigent des jeunes gens un surmenage intellectuel si préjudiciable à leur santé.

Pour atténuer les fâcheuses conséquences du surmenage et de la sédentarité scolaires, il est nécessaire que des exercices physiques, jeux, gymnastique, courses, promenades, exercices militaires, développent les muscles, et surtout fassent pénétrer l'air dans les poumons si souvent tuberculisés dans le confinement de la vie urbaine.

Dans notre pays, où le service militaire est pour tous obligatoire, où, à la sédentarité, aux fatigues intellectuelles des écoles succèdent les fatigues physiques de l'armée, cherchons à pallier les premières par les secondes; il faut que, dès l'école, nos jeunes gens s'exercent à la gymnastique, s'instruisent aux manœuvres des soldats, afin qu'une fois arrivés à l'armée, des inspections annuelles, semestrielles, permettent de les renvoyer d'autant plus promptement dans leurs foyers, qu'ils auront plus promptement été reconnus suffisamment instruits pour concourir efficacement à la défense du pays.

— M. le docteur Cazalis (d'Aix-les-Bains) appelle l'attention sur une modalité du rhumatisme chronique qu'il n'aurait trouvée décrite dans aucun de nos traités classiques.

Dans les deux tiers environ des rhumatismes chroniques, il existerait, et dans certains cas pendant très longtemps, une tendance des manifestations arthritiques, externes ou internes, à prédominer d'un côté du corps, et quelquefois cette prédominance est telle que ces malades peuvent être appelés des hémi-rhumatisants.

Chez ces hémi-rhumatisants, le côté droit paraît le plus fréquemment affecté. Quand des congestions pulmonaires ou des bronchites de nature arthritique se déclarent chez ces malades, elles se montrent le plus souvent du côté où le rhumatisme prédomine. C'est du côté droit que s'observerait aussi ce froissement pleurétique, dont M. Collin (de Saint-Honoré) a fait un signe d'arthritisme, et qui pour M. Cazalis correspond au frottement ou à la crépitation des articulations dans l'arthrite sèche. Comme l'hémi-rhumatisme s'observe le plus souvent à droite, on comprend que M. Collin ait tout d'abord localisé à droite son froissement pleurétique.

Du côté où le rhumatisme prédomine, on voit prédominer encore cet autre signe bien plus fréquent de rhumatisme chronique, et depuis quelque temps reconnu et décrit par M. Verneuil et M. Potain, la déformation du gros orteil et sa déviation en dehors.

Si l'hémi-rhumatisme paraît de préférence affecter le côté droit, l'hémi-chorée et l'hystérie au contraire, qui à beaucoup de praticiens aujourd'hui apparaissent comme des transformations de l'arthritisme d'une

génération à l'autre, affectent le plus fréquemment le côté gauche. Or si l'on ajoute l'hémicrânie à toutes les modalités de l'arthritisme, on reconnaîtra qu'il y a dans les manifestations arthritiques une singulière tendance à l'hémilatéralité.

Ces faits semblent venir à l'appui de cette théorie incertaine encore, mais qui de plus en plus est agréée par beaucoup d'esprits, que le système nerveux central a une grande part d'influence sur la localisation des manifestations rhumatismales chroniques.

REVUE CRITIQUE

Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde.

C'est sous l'inspiration de M. le *professeur Bouchard* que notre collègue et ami P. Le Gendre (1) a étudié en détail la dilatation de l'estomac, les relations de cet état morbide avec les nodosités des doigts dites *nodosités de Bouchard* et l'influence pathogénique réciproque de la dilatation de l'estomac et de la fièvre typhoïde. Ce sont là des chapitres intéressants de l'influence des perturbations chroniques du tube digestif sur la détérioration de la santé.

Après avoir passé en revue les diverses définitions de la dilatation de l'estomac qui ont été proposées et après avoir discuté les autres dénominations que l'on pourrait être tenté de lui substituer, Le Gendre montre qu'un estomac dilaté n'est pas nécessairement un estomac immense, mais que c'est un estomac qui a perdu la propriété de revenir sur lui-même quand la période digestive est terminée, comme doit le faire un estomac normal. Au lieu d'une poche rétractile et contractile, il n'est plus qu'une poche inerte : aussi aucune définition ne paraît préférable à celle qu'a donnée M. Bouchard et que Le Gendre a prise comme épigraphe de son étude. « *Tout estomac qui ne se rétracte pas quand il est vide, est un estomac dilaté.* »

Bien que fréquente, la dilatation de l'estomac passe souvent inaperçue parce qu'elle est souvent silencieuse en tant qu'affection gastrique. Dans les deux tiers des cas elle peut exister sans déterminer de sensations anormales, sans accidents dyspeptiques ni gastralgiques; elle se dérobe souvent à l'attention du médecin, parce que, pour être reconnue, elle doit être recherchée systématiquement et suivant certaines règles.

Sans doute le diagnostic peut être facilité par certaines présomptions tirées des commémoratifs, de l'ensemble clinique qu'on trouve chez nombre d'individus à estomac dilaté, ou encore par l'existence des nodosités particulières des doigts que nous décrirons plus loin; sans doute les différents procédés d'exploration (inspection, palpation, succussion, percussion, auscultation, exploration directe de l'estomac par le cathétérisme, introduction de liquides ou de gaz dans sa cavité), peuvent donner des indications utiles suivant tel ou tel cas. Toutefois ces divers moyens sont les uns trompeurs, les autres peu pratiques, et c'est par la recherche du *clapotage* déjà indiqué par Chomel, c'est à dire du bruit hydroaérique provoqué au niveau de l'estomac quand on frappe deux ou trois fois presque en un seul mouvement, et comme par une vibration, la paroi abdominable relâchée, qu'il faut savoir reconnaître et mesurer la dilatation de l'estomac; mais certaines précautions sont indispensables pour cette recherche:

Le sujet doit-être à jeun autant que possible, c'est à dire qu'on doit pratiquer l'examen le matin de bonne heure, l'estomac n'ayant pas reçu d'aliments depuis la veille au soir (Bouchard); si cette règle souffre quelques difficultés dans la pratique, on exigera tout au moins que six heures se soient écoulées depuis la fin du repas précédent (Baradat), c'est à dire que l'on examinera le sujet immédiatement avant le repas suivant (Audhoui). Le malade doit-être couché horizontalement, débarrassé de toute espèce de lien, la poitrine et l'abdomen largement découverts. Un point capital, c'est d'obtenir du malade le relâchement des parois abdominales au moyen des précautions habituelles (flexion des cuisses, décubitus horizontal etc.). Il importe de faire ouvrir la bouche au malade; il faut lui dire de respirer librement et largement en faisant pénétrer l'air aussi profondément que possible. Le moment de l'acte respiratoire le plus favorable à la perception du clapotage est la fin de l'expiration et le commencement de l'inspiration : c'est alors qu'il faut pratiquer les petites secousses brusques et légères de palpation.

Le point où l'on doit, de prime abord, faire porter la recherche, est la région épigastrique dans la partie gauche, sous le rebord des fausses côtes; de ce point on se portera un peu plus en bas, puis on ira vers l'ombilic, et, suivant les résultats que donnera la recherche, on se portera au-dessus ou au-dessous de la région ombilicale.

Chez un sujet dont l'estomac n'est pas dilaté, le bruit de clapotage ne s'entend pas, six heures après l'ingestion des aliments, au-dessous d'une ligne allant de l'ombilic au point le plus proche du rebord costal gauche. Chez un sujet dont l'estomac est dilaté, il se peut que le clapotage ne soit pas perçu à jeun, si l'estomac ne contient plus de boissons ni d'aliments; mais, dès qu'on a fait ingérer un tiers de verre d'eau, le clapotage apparaît dans des limites extra-physiologiques.

Les dilatations de l'estomac ainsi diagnostiquées sur le vivant peuvent être vérifiées sur le cadavre; Le Gendre a fait l'autopsie de douze malades chez lesquels il avait diagnostiqué cliniquement la dilatation après constatation du clapotage dans des limites extra-physiologiques : il a trouvé dans ces douze cas des estomacs d'une capacité oscillant entre 1450 et 5600 centimètres cubes. Or l'évaluation de la capacité de l'estomac basée sur l'examen de 60 estomacs pris au hasard, chez des malades ayant succombé aux affections médicales et chirurgicales les plus diverses, a conduit Le Gendre à admettre que la capacité phy-

(1) Dilatation de l'estomac et fièvre typhoïde; valeur séméiologique des nodosités de Bouchard, par le Dr P. Le Gendre. Paris, G. Steinheil, éditeur, 1886. Prix 4 francs.

siologique moyenne de l'estomac d'un adulte est au plus de 1300 centimètres cubes.

III

La fréquence de la dilatation de l'estomac s'explique par le nombre et la variété des causes qui produisent cette maladie. Sans parler des dilatations anciennement connues, consécutives aux sténoses pyloriques cancéreuses ou cicatricielles, il est certain qu'une distension trop considérable, trop souvent répétée, trop prolongée aboutit plus ou moins rapidement à un estomac *forcé*. Aussi conçoit-on l'influence pathogénique considérable d'une hygiène alimentaire défectueuse (repas trop copieux, ou pris à intervalles irréguliers, faits trop rapidement, mauvaise qualité des aliments. Cette influence se fait même sentir dès le premier âge, puis plus tard au collège « où l'économe est souvent enclin à prendre trop au sérieux son titre », en bourrant ses pensionnaires d'aliments peu nutritifs sous un volume considérable.

Malgré la multiplicité des causes qui conduisent à la dilatation de l'estomac, il faut, pour qu'elles agissent, une prédisposition spéciale qui consiste en une *débilité congénitale, souvent héréditaire, de la tunique musculeuse de l'estomac;* du reste chez nombre de dilatés on trouve communément la flaccidité du scrotum (Tapret), les varices, les hémorrhoïdes, et même une certaine tendance à la bronchectasie, toutes affections qui supposent une débilité naturelle et générale du tissu musculaire lisse.

La dilatation de l'estomac retentit à la fois d'une manière fâcheuse sur le fonctionnement du tube digestif et sur la santé générale. Il est rare qu'elle ne détermine pas à la longue du catarrhe gastrique, de la dyspepsie, et d'autres désordres des voies digestives (gastrite ulcéreuse, entérite membraneuse, typhlite).

Outre ces accidents, les dilatés en présentent une foule d'autres : congestion hépatique, ectopie du rein droit (1), accidents nerveux dits réflexes, tels que névralgies intercostales et dorso-lombaires bilatérales, sensibilité excessive au froid, et pourtant sueurs faciles, insomnie, vertiges, troubles de la vue, contractures des extrémités, aphasie transitoire, etc.

Certains accidents du côté de la nutrition générale et certains troubles des émonctoires ne peuvent guère s'expliquer que par une sorte d'auto-intoxication par résorption de produits toxiques développés au sein des aliments qui stagnent et se putréfient dans l'estomac devenu inerte : ainsi les sueurs faciles, les bouffées de chaleur à la face, l'eczéma, le pityriasis versicolor, le zona, l'urticaire etc. Signalons encore chez les dilatés la fréquence des bronchites sibilantes à répétition, du coryza récidivant, des pharyngites, de l'albuminurie, de la peptonurie, des phlébites, du purpura, résultats du trouble profond apporté progressivement à la nutrition et à la crase sanguine.

Du reste la symptomatologie de la dilatation est si variée qu'on peut reconnaître dix types cliniques différents : la forme *latente*, la plus fréquente, qui constitue les deux tiers des cas, et dans laquelle le sujet accuse des malaises nombreux sans avoir jamais éprouvé de troubles dyspeptiques; les autres formes, *dyspeptique, hépatique, névrosique, cardiaque, asthmatique, rénale, cutanée, rhumatismale* se traduisent par des symptômes prédominants du côté de ces divers appareils. Enfin il y a lieu d'admettre un type *consomptif*, qui peut être *aigu* ou *chronique* : dans le premier, le malade, qui a toujours souffert plus ou moins de l'estomac depuis dix ou quinze ans, se sent tout à coup anéanti et ne peut plus quitter sa chambre, ni même son lit. Le second type est le cas de tant de malades qui, dans les hôpitaux, passent pour paresseux ou hypochondriaques.

Il faut enfin savoir que la dilatation de l'estomac rend l'économie plus vulnérable à toutes les causes morbifiques et amène souvent la *phtisie pulmonaire, et la chlorose* chez les jeunes filles. Elle existe chez les deux tiers des tuberculeux : or, si on l'a recherchée assez tôt, on peut se convaincre que ses signes physiques ont précédé de longtemps quelquefois les premiers troubles vraiment révélateurs de la tuberculose.

IV

Parmi les signes qui peuvent servir à mettre sur la voie du diagnostic d'une dilatation de l'estomac, M. Bouchard a décrit une déformation particulière des doigts : cette déformation siège au niveau de l'articulation de la phalange avec la phalangine ou deuxième articulation du doigt.

Elle a l'apparence d'un renflement qui augmente plus ou moins les dimensions transversales de cette articulation, et qui porte le plus souvent sur l'épiphyse de la phalangine. Quand l'élargissement des lignes de contour du doigt se fait brusquement au niveau de l'articulation, l'apparence de celle-ci éveille l'idée d'un nœud, d'une nouure, d'une nodosité : cette comparaison vient d'autant plus facilement à l'esprit que les sillons et les sinuosités dessinés par les plis de la peau rappellent vaguement l'aspect de l'écorce des branches d'arbres au niveau de leurs bifurcations.

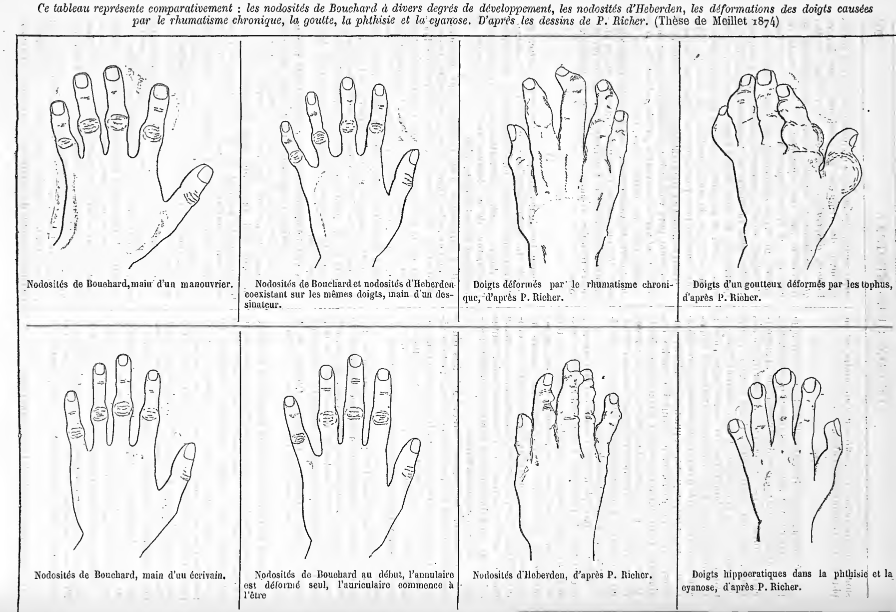
On voit habituellement les quatre doigts noueux chez les sujets qui présentent à un haut degré les déformations dites *nodosités de Bouchard*. Il n'est pas rare de ne voir que deux ou trois doigts ou même un seul, qui soient ainsi déformés. Les plus fréquemments atteints de la déformation à l'état isolé sont l'annulaire et l'auriculaire, puis vient le médius. La nodosité de l'auriculaire s'accompagne assez souvent et surtout chez les femmes d'une tendance générale de ce doigt à s'incurver vers l'axe de la main.

Ces nodosités des doigts sont faciles à reconnaître et à distinguer des déformations produites par les nodosités d'Heberden, par le rhumatisme chronique, la goutte, la phthisie et la cyanose; il suffit d'ailleurs de se reporter au tableau graphique que donne Le Gendre pour saisir les différences de siège et d'aspect qui séparent ces déformations les unes des autres. (*Voyez le tableau* ci-joint).

Quant au *traitement de la dilatation de l'estomac*, il est des plus intéressants : sans parler du traitement pharmaceutique, de l'influence favorable de l'hydro-

(1) Voir *Concours médical*. Le rein flottant 1885.

Ce tableau représente comparativement : les nodosités de Bouchard à divers degrés de développement, les nodosités d'Heberden, les déformations des doigts causées par le rhumatisme chronique, la goutte, la phthisie et la cyanose. D'après les dessins de P. Richer. (Thèse de Meillet 1874)



thérapie et de tout ce qui peut stimuler le système nerveux général et les nerfs de l'estomac, l'hygiène alimentaire y prend la place la plus importante.

Le triple but à atteindre pour amener la guérison est que l'estomac soit distendu le moins possible, le moins souvent, le moins longtemps possible. Il ne faut donc rien manger ni rien boire entre les repas, qui doivent être éloignés, peu volumineux, mais substantiels. Il convient de supprimer tout ce qui est inutile en fait d'eau et, par conséquent, les aliments liquides. Les repas seront pris lentemeut et la mastication sera assez patiente pour réduire les aliments en purée.

Le premier déjeuner sera peu copieux : un œuf à la coque, des fruits cuits ou des marmelades, pas de pain ni de boissons. Au deuxième repas conviennent les viandes froides assez cuites, les viaudes chaudes, mais braisées, des purées de viande, des poissons bouillis, des œufs préparés au lait, des purées de légumes, etc.

Il ne faut boire à chacun des deux principaux repas qu'un verre et demi, chaque verre comprenant 250 grammes.

Il faut écarter autant que possible du régime tout ce qui a de la tendance à fermenter : l'alcool sous toutes ses formes, le vin rouge qui est mal supporté par la plupart des dyspeptiques ; si l'eau pure répugne au malade, on peut y ajouter un tiers de bière, un quart de vin blanc ou une cuillerée à café d'eau-de-vie. Dans le pain, il faut permettre la croûte exclusivement ou la mie grillée.

Ce régime peut être modifié suivant les circonstances : dans certains cas il est utile de le faire précéder d'une cure préparatoire par le régime lacté : le lait doit être donné à doses fréquentes et aussi petites qu'il le faut pour que la digestiou en soit rapide et complète ; puis, après quelques jours du régime lacté absolu, on institue un régime mixte qui consiste en deux œufs à la coque et un verre ou un verre et demi de lait, toutes les quatre heures. On arrivera ensuite par transitions insensibles au régime mixte complet précité.

Pour empêcher les fermentations excessives que la dilatation de l'estomac favorise, on aura recours aux antiseptiques, naphtaline, salicylate de bismuth associé à la magnésie pour éviter la constipation, eau chloroformée, eau oxygénée et surtout à l'acide chlorhydrique (4 grammes pour 1000 grammes d'eau. Un demi-verre au milieu du repas ou à la fin.)

Dans certains cas le lavage de l'estomac est indiqué pour débarrasser l'estomac du reliquat des digestions antérieures inattaqué par le suc gastrique.

Le traitement de la dilatation est donc complexe et ne peut amener la guérison définitive qu'à la lougue et à l'aide d'un régime sévère, mais il amène en général très promptement la disparition des accidents les plus pénibles.

V.

La dilatation de l'estomac, même latente, ne doit pas être négligée, parce qu'elle crée un état d'opportunité morbide : elle prédispose en effet à contracter avec une fréquence toute particulière certaines maladies aiguës, notamment celles dont le microbe pathogène pénétre par les voies digestives. Le Gendre a coustaté que beaucoup de typhoïsants sont des dilatés de date déjà assez ancienne ; il pense qu'en poursuivant les recherches sur ce sujet, on ne s'éloignerait pas sensiblement d'une proportion de 60 p. 100 de typhiques ayant eu avant leur maladie une dilatation de l'estomac, ou tout au moins des troubles digestifs chroniques d'ancienne date.

Parmi les cas de contagion de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux, ce sont les dilatés qui tiennent la première place ; du reste les recherches du Dr Burlureau (Gaz. hebdomadaire 1886) on démontré chez les militaires l'infériorité relative des dilatés sur leurs camarades à estomac sain, au point de vue de la résistance aux causes morbifiques et à la fatigue.

La dilatation de l'estomac prédispose non seulement à une première atteinte, mais encore à une récidive de la fièvre typhoïde.

Cette influence nocive de la dilatation stomacale s'exerce de deux manières : (a) en débilitant les sujets qui en sont atteints ; (b) en favorisant la pénétration de l'agent infectieux dans l'organisme, parce qu'elle lui ouvre une porte d'entrée qui lui est fermée d'ordinaire chez les gens qui ont bon estomac. C'est sans doute la pauvreté du suc gastrique en acide chlorhydrique, qui permet d'expliquer la pénétration plus facile des parasites morbigènes jusque dans l'intestin. On constate chez les dilatés plus fréquemment que chez d'autres la présence de gros parasites dans le tube digestif (tœnia, lombrics, etc.). Aussi u'est-il pas rare de voir chez les typhoïsants des lombrics qui sont rendus par vomissements dès la période d'invasiou ou qui partent dans les garde-robes, comme si l'évolution du processus typhique rendait désormais le tube digestif inhabitable pour eux.

Dans un certain nombre de cas c'est la dilatation de l'estomac qui est engendrée ou aggravée par la fièvre typhoïde : les lésions gastriques décrites par A. Chauffard dans le cours de la dothiénentérie, l'asthénie de la tunique musculaire expliquent la facilité avec laquelle l'estomac des typhoïsants peut se laisser d'abord distendre, puis dilater d'une manière plus ou moins durable.

Enfin il ressort des observations de Le Gendre qu'un certain nombre d'états gastro-intestinaux, plus ou moins bien définis, et décrits sous les noms *d'embarras gastrique simple ou fébrile, de fébricule continue, de catarrhe gastro-intestinal cholériforme* sont fréquents chez les sujets atteints de dilatation stomacale.

Les typhoïsants atteints de dilatation stomacale doivent être soumis aux règles générales de l'antisepsie intestinale ; de plus il ne faut leur donner de lait qu'à la condition qu'il puisse être bien digéré ; le docteur Bouchard préfère donner de la décoction d'orge, du bouillon, auxquels on ajoutera une petite quantité de vin et de suc de citron. De plus le malade prend par jour 200 grammes de glycérine qui, mélangés à 50 grammes de peptone, servent d'excipient pour le charbon, l'iodoforme et la naphtaline (1). Au moment de la convalescence les laits de poule régulièrement espacés, les potages épais seront les pre-

(1) Le traitement de la fièvre typhoïde d'après la méthode de M. Bouchard, (*Concours médical* 1885).

miers aliments accordés. Plus tard on surveillera avec une attention extrême l'ampliation de l'estomac, et, si on constate qu'elle progresse, on insistera sur le régime sévère qui convient aux dilatés.

Telles sont, en résumé, les idées que Paul Le Gendre vient d'exposer dans sa thèse d'une lecture si attrayante : nous ne croyons pas nous laisser entraîner par notre vive sympathie et notre amitié pour l'auteur, en disant qu'elle est aussi instructive que remplie d'aperçus nouveaux. Nous en appelons d'ailleurs au jugement des membres du Concours, dont beaucoup voudront lire en entier cet important travail : ils y retrouveront la clarté, l'élégance du style auxquelles les a habitués Paul Gerne, en contribuant pour sa bonne part depuis plus de six ans au succès croissant de ce journal.

G. Lepage.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Suppression de l'officiat. — Exercice de la pharmacie par le médecin.

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Vous avez invité les membres du *Concours Médical* à donner leur avis sur le projet de loi sur l'Exercice de la Médecine présenté par le Dr Chevandier (de la Drôme). Je m'autorise de cette invitation pour vous envoyer quelques réflexions à ce sujet.

I. Le projet de loi demande la suppression de l'officiat de santé. Je souscris très volontiers à cette proposition, car les circonstances spéciales qui ont fait créer ce second ordre de médecins n'existent plus aujourd'hui. Le projet de loi ajoute que, par tous les moyens possibles, on donnera aux officiers de santé la facilité de devenir docteurs en médecine. J'estime qu'il serait juste que le statu quo fût rigoureusement maintenu jusqu'à l'extinction des officiers de santé actuellement existants. Le docteur en médecine fait des études plus longues et plus dispendieuses; il a dû subir des épreuves plus nombreuses et plus difficiles, et en retour il a reçu un diplôme qu'il n'appartient à personne d'amoindrir. Si les officiers de santé qui, à l'heure actuelle, exercent en France, veulent posséder ce titre, qu'ils passent par la filière des examens et des épreuves par laquelle a dû passer jusqu'à ce jour quiconque a voulu être docteur en médecine. Jusqu'ici ils ont pu exercer leur profession sans ce titre et tout le monde s'est accommodé de cet état de choses; ils se sont constitué une clientèle plus facilement souvent que bien des docteurs, car vous savez aussi bien que moi que ce n'est pas d'après son savoir, mais bien plutôt d'après son savoir-faire que e public juge un médecin. Seront-ils plus instruits quand ils seront plus gradés? Non, assurément, ce sera un trompe l'œil, et rien de plus. En adoptant deux dénominations différentes pour les deux ordres de médecins, la loi renseigne chacun sur les capacités inhérentes à ces titres pris individuellement. Elle ne doit pas plus protéger le docteur en médecine que desservir l'officier de santé; elle constate, par le brevet qu'elle délivre à chacun d'eux, la somme des connaissances dont ils ont fait preuve. Ce sont deux situations parallèles et qui ne peuvent pas se confondre l'une dans l'autre sans dommage. Les situations acquises doivent être respectées, le prix qu'on y attache ne dépend que de leur immutabilité. Je sais bien qu'on objectera que ce titre de docteur ne leur sera pas donné sans examen; mais cet examen ne saurait être sérieux si, par avance, on le réduit à une simple formalité à remplir pour obtenir un diplôme, sans souci de s'assurer de l'instruction littéraire et des connaissances sérieuses exigées jusqu'à ce jour et qui font du docteur en médecine non seulement un praticien, mais encore un homme instruit. Si les propositions transitoires du projet de loi présenté par M. Chevandier (de la Drôme) sont destinées à faire le bonheur inespéré de 3 ou 4 000 officiers de santé, je crains fort qu'elles ne mécontentent d'autant les 14 000 docteurs en médecine de notre pays, dont elles abaisseraient le titre si laborieusement acquis.

II. Le second point sur lequel je veux appeler l'attention est l'exercice de la pharmacie par le médecin. L'article 27 de la loi qui nous régit actuellement est ainsi conçu : « Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

La loi a voulu par là que le médecin puisse suppléer à l'absence matérielle d'une officine, et a créé une exception, non dans l'intérêt du médecin, mais afin que les médicaments ne manquent jamais aux malades.

Est-il bien certain que la loi remplit le but qu'elle s'est proposé d'atteindre? Un exemple permettra de répondre.

J'habite un bourg qui compte deux pharmaciens, je n'ai donc pas le droit de fournir de médicaments. Je suis entouré par trois confrères habitant de petits bourgs non pourvus de pharmacien, ce qui leur donne le droit de faire leur pharmacie. Il existe des villages à peu près également distants de leur domicile et du mien où je suis appelé quelquefois : or voyez ce qui se passe chez deux voisins malades dans le même village. L'un est mon client; lorsque je me suis rendu chez lui, s'il habite, comme certains, à 8 ou 10 kilomètres de mon domicile, il lui faudra, après ma visite faite, faire 18 ou 20 kilomètres (aller et retour) pour avoir ses remèdes, alors que son voisin, soigné par mon confrère, trouve les médicaments qui lui sont utiles dans la voiture même de son médecin. Qu'en résulte-t-il? la désertion d'une partie de cette clientèle, qui préfère s'adresser à celui qui lui occasionne le moins de déplacements et de fatigues. La loi n'est donc pas la même pour les deux, elle favorise l'un et nuit à l'autre, sans protéger d'une manière efficace les intérêts du malade.

Pour remédier à cet état de choses il me semble qu'on devrait agir de la manière suivante : la loi poserait en principe, que ce qu'elle veut, c'est faciliter la délivrance des médicaments aux malades trop éloignés des officines; et elle établirait une distance fixe au-delà de laquelle le médecin appelé aurait le droit de fournir les médicaments à ses malades, qu'il habite

ou non un bourg muni d'une officine. Par exemple : « Art... Toutes les fois qu'un médecin sera appelé auprès d'un malade dont le domicile sera à une distance de plus de 5 kilomètres (ou 6 ou 7 kilomètres) d'une officine ouverte, ce médecin pourra lui délivrer ses médicaments, soit qu'il habite lui-même ou n'habite pas un bourg dans lequel exerce un pharmacien.

De cette manière le malade éloigné n'aura pas à attendre trop longtemps ses remèdes, et le médecin de bourg sera traité sur le même pied que le médecin de village. Et qu'on ne croie pas que cette dernière particularité soit sans importance ! il faut exercer dans les campagnes pour bien saisir toute la portée de cette observation : le paysan compte tout, son argent et son temps qui, pour lui aussi, est encore de l'argent.

J'ajouterai que le pharmacien lui-même ne sera pas lésé par cette innovation : car il ne bénéficiera plus, à la vérité, de la vente des médicaments qui seront délivrés par les médecins ; mais les médecins qui actuellement ont le droit d'exercer la pharmacie, perdront le droit de délivrer des médicaments aux malades moins éloignés que 6 kilomètres de l'officine d'un pharmacien. Le pharmacien ne délivrera plus de médicaments au-delà d'une distance de 6 kilomètres, mais il aura le monopole de la vente de *tous* les médicaments délivrés dans un rayon de 6 kilomètres autour de son officine : il y aura donc compensation.

De plus, il est bien évident que, comme le médecin, le pharmacien est fait pour le malade, et non le malade pour le pharmacien : de sorte que l'intérêt de celui-ci doit passer après l'intérêt de celui-là. Je suis bien convaincu d'ailleurs, que la libéralité de la nouvelle loi sur l'exercice de la pharmacie leur réserve, dans le cas où leurs intérêts seraient un peu lésés, un moyen de dédommagement que l'avenir nous permettra d'apprécier.

Dr Bobrie.

II

Nécessité des associations médicales.
Urgence d'en créer partout.

« Nous ne cessons de le répéter : la profession médicale, grâce à l'encombrement qu'elle subit, est entrée dans une phase désastreuse, que l'association seule peut amender.

Si nous avons obtenu quelques réformes utiles, si divers praticiens ont pu sortir victorieusement des difficultés les plus préjudiciables à leur honneur et à leurs intérêts, c'est à la faveur des Associations auxquelles ils appartiennent, qui leur ont fourni la protection et l'appui de la Fédération Médicale, dont l'influence ne cesse de s'affermir, étant en quelque sorte considérée, en haut lieu, comme la représentation officielle du *Corps médical belge*.

Plusieurs de nos Associations médicales bénéficient largement de l'union qu'elles ont cimentée entre les praticiens qui en font partie et qui ont compris que leurs intérêts moraux et matériels sont solidaires. C'est à leur exemple que nous avons vu naguère créer, à Verviers, un Cercle médical très puissant. Tous ses membres se louent déjà de sa bienfaisante influence, et tous les praticiens s'empresseront de donner leur adhésion, si toutefois il en reste encore qui n'en fassent pas partie.

Nos confrères, pour l'organisation de leur Cercle, ont puisé dans les statuts et règlements de l'Association Médicale d'Anvers, qui fonctionne admirablement et à la grande satisfaction de tous ses membres.

Il n'est pas sans intérêt de faire connaître ici, comme exemple, les règles de déontologie médicale auxquelles se sont ralliés tous nos confrères de Verviers :

1° Le médecin appelé auprès d'un malade en traitement ne pourra donner ses soins que pour autant que le confrère qui l'a précédé ait été averti, et, dans le cas contraire, il proposera une consultation ;

2° Le médecin appelé pour un cas d'urgence auprès d'un malade en traitement doit se borner à donner les soins nécessaires et à laisser copie à son confrère de sa prescription ;

3° Tous les membres du Cercle s'engagent à remplacer un confrère qui prend des vacances ou qui est retenu chez lui pour cause de maladie, ce qui ne doit pas l'empêcher de s'entendre avec quelques-uns d'entre eux pour le service de sa clientele ;

4° Le médecin absent ou malade fera connaître à ses confrères l'époque à laquelle il reprendra ses visites. Ceux-ci lui transmettront immédiatement la liste des malades traités par eux, avec les renseignements qu'ils croiront indispensables ;

5° Il est de la dignité du médecin de ne point conserver des clients du confrère absent ou malade ;

6° Un autre devoir du médecin est de s'abstenir d'émettre sur le traitement d'un confrère qui l'a précédé une appréciation défavorable ou des insinuations malveillantes ;

7° Un médecin qui succède à un autre ne peut se permettre d'adopter pour ce client un prix de visite inférieur à celui de son prédécesseur ;

8° Le médecin consultant ne peut succéder au médecin traitant qu'après l'avoir prévenu par écrit de l'intention formelle manifestée par le malade ;

9° Le médecin doit laisser au malade le choix du consultant et de l'accoucheur et ne se départir de cette ligne de conduite que si la famille le prie instamment de le désigner lui-même ;

10° Le médecin exclu du Cercle est le seul avec lequel on puisse refuser une consultation.

(*Le Scalpel.*)

REVUE DES JOURNAUX.

De quelques règles pratiques au sujet des hernies étranglées.

Travail lu par le docteur Hyde devant l'Association médicale de New-York.

L'auteur conclut ainsi :

1° Les symptômes de l'étranglement d'une hernie sont d'autant moins violents que cette hernie existait depuis plus longtemps.

2° Si on a affaire à une hernie inguinale ancienne, pas n'est besoin d'attendre les vomissements fécaloïdes pour affirmer qu'il y a étranglement ; des

symptômes même obscurs suffisent pour légitimer cette affirmation.

3° Quand l'étranglement se produit aussitôt après la formation de la hernie, les symptômes sont en général très aigus.

4° En cas de hoquet et de vomissements fécaloïdes, il n'y a pas de temps à perdre, il faut opérer.

6° S'il se présente des symptômes d'étranglement avec douleur vive dans l'abdomen et hoquet, on doit opérer, après avoir essayé un taxis modéré, lors même que la tumeur herniaire ne serait pas douloureuse et que l'état général ne paraîtrait pas mauvais.

6° Un taxis trop prolongé avant l'opération est une cause de mort fréquente après l'opération.

7° Quand il y a eu des vomissements fécaloïdes, il ne faut plus pratiquer le taxis, mais opérer.

Le docteur *Gouley* qui lit un travail sur le même sujet, arrive aux conclusions suivantes :

1° Quand il y a doute pour savoir si c'est l'intestin ou l'épiploon qui se trouve étranglé, il faut donner au malade le bénéfice du doute et opérer.

2° Le retard dans l'opération est souvent fatal, tandis que la kélotomie, pratiquée même quand il n'y a pas d'étranglement, est rarement nuisible.

3° Le traitement médical est le plus souvent illusoire et les applications locales souvent plus nuisibles qu'utiles.

4° Un taxis prolongé est bien plus dangereux que la kélotomie et, lors même qu'il est suivi de réduction il cause souvent une péritonite mortelle.

5° Un autre effet du taxis prolongé est la réduction, en masse de la hernie ; on sait ce qui en résulte.

6° En règle générale on peut dire qu'après deux minutes de taxis modéré, sans résultat, il faut y renoncer et opérer. (*Medical and surgical reporter*).

(Traduit par le docteur Ruelle)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Les médecins et les Sociétés de secours mutuels

Un certain nombre de syndicats ayant mis à leur ordre du jour l'étude des rapports des médecins avec les Sociétés de Secours mutuels, nous croyons être agréable à nos lecteurs en publiant la lettre suivante que nous avons reçue, il y a déjà quelque temps il est vrai, mais qui dépeint une situation aussi vraie aujourd'hui qu'elle l'était il y a des mois et même des années.

Le confrère qui l'a écrite a vécu de longues années au milieu de ces populations exigeantes qu'il dépeint avec un accent d'amertume et de résignation. Espérons que, dans un avenir peu éloigné, les syndicats médicaux permettront de porter un remède à un état de choses aussi injuste.

A. B. D.

Très honoré confrère

Sachant combien vous prenez souci des intérêts professionnels, je viens vous donner un court, mais véridique aperçu de la situation qui nous est faite à quelques confrères et à moi par les Sociétés de Secours mutuels. Nous vivons au milieu d'une population ouvrière très nombreuse et d'autant plus exigeante à l'égard des médecins que nos honoraires sont réglés par des appointements mensuels. Nos intérêts et parfois même notre dignité ont cruellement à souffrir de ce mode de rémunération et j'appelle de tous mes vœux le jour où la liberté médicale existera pour tout le monde. Malheureusement les Compagnies industrielles trouvent beaucoup moins onéreuse pour elles l'organisation médicale actuelle et, par suite de cet état de choses, nous sommes fatalement placés dans l'alternative suivante : ou être écrasés de travail et percevoir des honoraires relativement infimes (c'est mon cas depuis trente deux ans) ou bien renoncer à donner des soins à toute la population ouvrière qui constitue les trois quarts de la population, et alors la clientèle en dehors des Compagnies est absolument insuffisante pour couvrir nos frais devenus de jour en jour plus élevés.

Comment sortir de cette impasse? je n'en vois guère le moyen. Former un syndicat n'est pas chose facile, une partie de nos confrères étant exclus par les Compagnies et les autres ayant le privilège de soigner tout leur personnel. Triste monopole que d'être réduits et condamnés à faire des visites dont l'honoraire ne s'élève pas à 40 centimes l'une. Et dire encore que forcément notre situation est grandement enviée par les confrères privés de l'appoint nécessaire donné par les Compagnies! Cependant, vous le voyez, nous ne sommes pas couchés sur un lit de roses. Presque tout notre temps est *journellement* absorbé par le personnel de ces sociétés et nous sommes, jour et nuit, à la merci de gens qui, n'ayant pas un centime à débourser pour le médecin, ni pour les médicaments, nous dérangent à toute heure et nous font courir pour la moindre indisposition.

Si, fatigué par toute une journée de labeur, il vous arrive de n'être pas toujours d'humeur à satisfaire de telles exigences et à jouer le rôle du médecin malgré lui, il faut voir avec quel sans gêne ces farceurs vous jettent à la face que vous êtes bien payés et qu'ils veulent être soignés. Si les circonstances vous obligent à les faire attendre quelques heures, c'est alors que les récriminations vont leur train ! Pourquoi ne vous trouvent-t-ils pas chez vous? on veut les laisser mourir faute de soins ! Ah! si c'était un riche client, on ne le ferait pas attendre, etc., etc. Notez que les bons clients sont cent fois plus polis, et dix fois moins exigeants.

J'aurais bien des misères professionnelles à vous dévoiler, mais je n'en ai ni le goût ni le loisir, j'ai voulu seulement vous dire combien la création du *Concours* répondait à un besoin personnel de premier ordre et vous remercier personnellement de tout le bien que vous avez fait et des services que vous êtes encore appelé à rendre.

Syndicat des médecins du Havre.

SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1886

Présidence du docteur Marguerítte

La séance est ouverte à 8 heures 1/2.

Membres présents :

MM. Boutan ; Brunschvig; Chauvel; de Lignerolles ; Ferrand ; Gibert; Gouy; Guilmin; Lafaurie; Laurent; Lausiès; Le Cam; Lecène; Le Gad; Le Mercier; Leprévost; Lorentz; Margueritte; Maze; Perrichot; Piasecki.

Le docteur Margueritte, en prenant le fauteuil de la présidence, prononce l'allocution suivante :

MESSIEURS ET CHERS CONFRÈRES,

Mon premier devoir est de vous remercier de vos suffrages, en vertu desquels, mes collègues de la Chambre Syndicale et moi, nous occupons ce poste d'honneur.

Mais nous avons à remplir un autre devoir plus impérieux encore : c'est d'adresser à ceux qui nous ont précédés dans nos fonctions l'expression de la gratitude de tous pour le zèle et le dévouement qu'ils ont déployés en vue de soutenir les intérêts de la corporation. Et je ne crois pas mieux faire pour cela que de rappeler en deux mots ce qui a été obtenu depuis deux ans.

Je ne m'arrêterai pas à quelques détails qui n'ont d'autre importance que celle du moment; mais je dois rappeler :

— L'élévation du prix des certificats d'assurances sur la vie, lequel prix a été porté à 20 francs ;

— La majoration des honoraires alloués aux médecins appelés la nuit pour aider une sage-femme. Ces honoraires out été portés de 10 à 20 francs.

— La discussion relative aux certificats *post mortem;* cette discussion a eu pour résultat la rédaction de deux mémoires contradictoires qui ont été communiqués à la Société de Médecine légale de Paris, laquelle a tranché la question en imposant le silence aux Médecins, en vertu de l'article 378.

— Enfin l'appui moral et matériel donné à l'Union des Syndicats à propos de l'affaire de Domfront et de la loi sur les Syndicats professionnels dont nous réclamons le bénéfice pour les professions libérales.

Nous devons dire que, si tous ces résultats ont été obtenus, c'est que tous les membres du Syndicat n'ont pas marchandé leur concours à leur Chambre Syndicale ; nous comptons bien, nous aussi, sur tout leur appui, que d'ailleurs nous ne réclamons qu'en connaissance de cause.

Car il faut, tous, étudier les questions mises à l'ordre du jour, afin que, au moment de la discussion, chacun ait déjà une opinion faite ou à peu près. De cette manière de procéder résultera une économie de temps, et l'on évitera le désagrément de voter à la légère, pour revenir ensuite sur des votes déjà acquis. Il me semble qu'on a tout intérêt à se hâter... lentement.

D'ailleurs je crois devoir rappeler à tous que les colonnes du *Concours Médical* sont ouvertes à tous les Confrères, que tous les Médecins peuvent y publier tout ce qui pourra être intéressant pour la Corporation Médicale.

Enfin nous ne devons pas oublier que le Corps Médical français a les yeux sur nous. Ainsi que nous le disait un jour notre confrère, le docteur Lecadre, on voit en nous des pionniers habitués à aller en avant. Et si l'Union des Sydicats de France a choisi pour président, il y a deux ans, le docteur Gibert, et l'année dernière le docteur Margueritte, tous deux appartenant au Corps Médical Havrais, l'honneur fait à ces deux confrères s'adressait, croyez le bien, non seulement à leur personne, mais au Syndicat Médical du Havre. Eh ! bien, Messieurs, honneur oblige. Montrons-nous dignes de celui qui nous a été décerné. Travaillons tous, tant pour nous que pour tous nos Confrères de France. Suivons l'exemple des Médecins de la Gironde : ils sont en ce moment plus avancés que nous, puisque leur syndicat embrasse tout le département et se subdivise en Syndicats d'arrondissement. Si nous nous sommes laissés dépasser, il faut nous piquer d'honneur et arriver au même résultat.

Mais ne comptons que sur nous ; nous pouvons beaucoup, pourvu que, selon le dire du docteur Chedevergne de Poitiers, nous ayons l'entente, la vigueur et le désintéressement. Grâce à cela, nous serons aussi habiles que les avocats et les magistrats qui nous ont si bien exécutés.

Unissons-nous donc, voyons-nous fréquemment, assistons aux séances régulièrement afin de ne pas laisser échapper une occasion de nous rencontrer. Puis, oublions et pardonnons ces froissements inséparables de la nature humaine, puisque nul d'entre nous n'est parfait. De cette manière d'agir résulteront profit et considération pour nous, médecins Havrais d'abord, puis pour tous les médecins de France, nos confrères. »

Ces paroles sont accueillies par de vives marques de sympathie par toute l'Assemblée.

Le Président demande ensuite que toute proposition, dorénavant, ne soit adoptée qu'après un vote consécutif à une deuxième lecture. Cette proposition est adoptée.

Apres une discussion à laquelle prennent part plusieurs membres, on adopte la résolution suivante, à l'unanimité moins deux voix :

« La moitié plus un des membres présents, sans que le *quorum* soit nécessaire, suffira à la deuxième lecture pour l'adoption d'une proposition. »

Le Président pense aussi qu'il serait nécessaire de créer un registre où seraient consignées toutes les délibérations.

Cette création, sur la demande de M. Brunschvig, n'est pas reconnue indispensable, car toute les séances étant autographiées ou imprimées peuvent être réunies dans un cartonnage spécial.

M. Lauziès annonce que la police vient de rompre le contrat qu'elle avait accepté avec les médecins, sans les prévenir. Elle prend un médecin unique pour le service des agents et celui des familles, séparation qui avait été obtenue, il y a deux ans, après bien des efforts.

L'Assemblée, consultée à ce sujet, vote que le Président fera une démarche auprès de la police, pour lui dire qu'elle avait un engagement, qu'elle a rompu sans prévenir les parties intéressées. Il ira ensuite trouver le confrère qui a accepté la place pour lui

rappeler qu'il n'eût pas dû, lui, médecin syndiqué, se prêter à une combinaison qui n'est autre que la rupture du contrat passé entre la police et tous ses confrères.

Le Syndicat déplore que les agents de police renoncent à l'idée libérale de choisir chacun le médecin qui lui convient et préfèrent s'adresser à un médecin unique. Mais, d'un autre côté, tout en respectant le vote de cette Société, il ne doit pas oublier les intérêts des médecins et a pour devoir de veiller à ce que ceux-ci soient rémunérés convenablement.

M. Lafaurie, médecin des employés d'Octroi, employés aussi nombreux que ceux de la police et situés aux quatre points cardinaux de la ville, annonce à ses collègues qu'il a cru devoir demander une élévation de traitement. Un vote des employés lui a accordé une augmentation de 100 francs. A ce propos, il signale la conduite d'un confrère non syndiqué qui serait, dit-on, disposé à prendre la place aux anciennes conditions. Monsieur le Président est prié de faire une démarche auprès de ce confrère pour lui montrer ce que sa conduite pourrait avoir d'incorrect (1).

Sur la proposition de M. Perrichot, il est convenu que dorénavant les certificats d'admission à une Société de secours mutuels, ne pourront être délivrés à un prix moindre que 3 francs.

M. Lafaurie, au nom du Syndicat, rappelle aux médecins qu'ils ne doivent accepter aucun arrangement avec des sociétés, ateliers, etc., etc., sans que ceux-ci passent par la Chambre syndicale.

M. Gibert demande qu'il soit fait un relevé de tous les votes émis jusqu'à ce jour et que tous les membres devront siguer.

La séance est levée à 10 heures.

Le Secrétaire,
Dr Brunschvig

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

I. Topique contre la glossite chronique des fumeurs.

Acide chromique	0gr60 centigrammes.
Eau distillée.	30 grammes.

Toucher légèrement avec un pinceau imbibé de cette solution les parties de la muqueuse qu'on veut modifier.

II. Glycérolé contre le prurit cutané.

Acide phénique.	XV gouttes.
Biborate de soude.	3 grammes.
Glycérine	30 grammes.

Appliquer avec un pinceau sur les parties prurigineuses.

(1) L'honorable confrère mis en cause n'a pas laissé au Président le temps de faire auprès de lui la démarche indiquée par le syndicat. Spontanément il s'est dérangé et a donné au docteur Lafaurie d'abord, au Président ensuite, des explications desquelles il résulte, avec la dernière évidence, que sa conduite a été des plus correctes et des plus loyales.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

NOUVELLES

— L'Association française pour l'avancement des sciences tiendra sa quinzième session dans la ville de Nancy, du jeudi 12 août au jeudi 19 août 1886 inclusivement, sous la présidence de M. Friedel, professeur de chimie organique à la Faculté des sciences de Paris.

Les personnes qui désireraient faire des communications au Congrès de Nancy sont invitées à faire parvenir l'indication du sujet qu'elles veulent traiter à M. le docteur C.-M. Gariel, secrétaire du Conseil de l'Association, 4 rue Antoine-Dubois, à Paris, ou à M. le docteur Stœber, secrétaire général du Comité local, 66, rue Stanislas, à Nancy.

— L'Exposition d'hygiène urbaine. — Le Comité d'organisation s'est réuni dimanche dernier dans le local de l'Exposition, à la caserne Lobau, sous la présidence de M. Gariel, président de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. L'Exposition aura un caractère absolument scientifique et technique. Parmi les exposants inscrits figurent les villes de Paris, du Hâvre, de Reims, de Nancy, de Pau, de Bruxelles, etc., la préfecture de police, le laboratoire municipal, l'Assistance publique, le laboratoire de M. Pasteur, etc. Des conférences, sur divers sujets d'hygiène, seront faites pendant la durée de l'Exposition, dont l'ouverture reste toujours fixée au lundi 3 mai.

— M. Henry Liouville a déposé sur le bureau de la Chambre des députés, dans la séance du 21 avril, une proposition de loi ayant pour objet la création d'hospices cantonaux et d'instituts-annexes spéciaux de vaccinations (humaine et animale), et d'inoculations destinées à combattre les maladies transmissibles.

BIBLIOGRAPHIE

Sous ce titre : **Villes d'eaux de la France, Plages et Stations hivernales de la France, Villes d'eaux de l'Etranger,** la libraire Dentu vient de publier un excellent guide en deux volumes par les docteurs G. Bardet et J. L. Macquarie.

Ce nouveau guide aux villes d'eaux et aux plages, élégant et portatif, est destiné autant aux gens du monde qu'aux médecins, c'est dire que la partie descriptive a été particulièrement soignée. Si le baigneur et le malade peuvent y trouver tous les renseignements pratiques qu'ils peuvent désirer le médecin de son côté, grâce à l'arrangement méthodique des matières et au groupement adopté, peut y trouver rapidement tous les conseils thérapeutiques souvent nécessaires lorsqu'il faut choisir une station pour le malade.

Toutes les indications nécessaires aux médecins et aux malades sont résumées avec autant de soin que d'autorité par MM. Bardet et Macquarie, dont l'œuvre a le rare mérite d'être à la fois littéraire et scientifique.

Traité de médecine légale, de jurisprudence médicale et de toxicologie, par Legrand du Saulle, médecin de l'hospice de la Salpêtrière, Georges Berryer, avocat à la Cour d'appel de Paris, et Gabriel Pouchet, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. — Un volume grand in-8° de 1700 pages, avec figures et planches. Deuxième édition, entièrement refondue chez Dolahaye et Lecrosnier, Paris, 1886. — (*Ouvrage couronné par l'Institut de France*). — Prix : 28 francs.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année — N° 19 — 8 Mai 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

RÉPONSE A UNE CALOMNIE

L'Assemblée générale de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu au jour et à l'heure indiqués, nous en parlerons plus loin avec détail. Disons seulement ici qu'on commentait avec indignation, parmi les assistants, un article paru le samedi 1er mai dans l'*Union médicale* sous la signature Ch. E.

Sous la rubrique Intérêts professionnels, l'auteur à demi-masqué a dirigé une attaque conçue dans les termes les moins mesurés contre la Caisse des pensions. Il ne s'est pas contenté, comme c'était son droit, d'en critiquer les statuts et le mode d'organisation, mais il a, par des réticences perfides, insinué que les fondateurs de cette caisse avaient fait à leurs adhérents des « promesses mensongères ». Ce n'est pas à nous qu'il appartient de relever l'attaque dirigée contre la caisse des pensions. Notre ami M. Lande, secrétaire général, avait le droit de revendiquer cet honneur, et la réponse qu'il a faite à l'auteur de l'article a dû lui donner quelque regret de s'être ainsi laissé prendre en flagrant délit d'imputation calomnieuse.

Mais, au cours de son article, M. Ch. E. déclare en termes assez ambigus que la caisse des retraites est « par privilège de naissance, le satellite, sinon le complément d'une *entreprise* différente en apparence sinon en réalité : la Société et le journal le *Concours médical* ». Il continue : « En raison de leur collatéralité, les *moyens* de l'un devaient nécessairement ressembler aux moyens de l'autre. » Aggravant l'inconvenance de son insinuation, M. Ch. E., qui n'a pas assez d'éloges pour le projet d'Assurance mutuelle des médecins de la Seine, ajoute en parlant de ses auteurs : « Le seul *concours médical* que nos confrères sollicitent est celui de tous les *honnêtes gens*. »

M. Ch. E. qui eût bien pu signer son nom en toutes lettres pour la circonstance, aurait-il prétendu insinuer que notre *Concours médical* était une entreprise faisant appel à de malhonnêtes gens, et usant de moyens inavouables ? Qu'il sache bien que nous n'accepterions pas une telle insinuation. Nous voulons croire encore que sa plume a trahi sa pensée et qu'il n'a pu avoir l'intention de mettre en suspicion l'honorabilité de plus de 3000 confrères. S'il n'a fait qu'une maladresse de style, il nous restera à déplorer que l'un des organes les plus respectés de la presse médicale, qui s'intitule journal de nos intérêts moraux et professionnels ait, confié l'étude d'aussi graves questions à un rédacteur dont on serait tenté de croire qu'il a pris pour devise une réminiscence de Beaumarchais : « Calomniez, il en restera toujours quelque chose. »

Nous laissons, d'ailleurs, à M. Henri Huchard, membre du Comité de rédaction de l'*Union médicale*, vice-président de la Caisse des pensions et Membre de la Société du *Concours médical*, le soin de se faire expliquer par son chef de laboratoire, M. Ch. E., la portée de son article.

La Rédaction.

L'Assemblée générale de la **Caisse des pensions de retraite du Corps médical français** s'est réunie le dimanche 2 mai, dans les salons du Grand-Véfour, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz, assisté de MM. H. Huchard, vice-président; Delefosse, secrétaire; Barat-Dulaurier, membres du Comité-directeur; Cézilly, président du comité des censeurs; de Ranse, Monin, Margueritte, Le Gendre, Bardy, Landur, Baronnet, etc., membres du Comité des censeurs.

Le rapport du docteur Lande, le zélé fondateur de

cette utile institution de prévoyance, et surtout le rapport annuel du trésorier, M. Verdalle, ont été vigoureusement applaudis.

La situation de la Caisse des pensions est très prospère, puisqu'elle possède la somme respectable de 91 931 fr. 41 c., après moins de deux ans de fonctionnement effectif, ainsi qu'en fait foi le bilan suivant arrêté au 24 avril 1886 :

Recettes.

Cotisations.	86 629 20
Dons à la Caisse des pensions.	1 400 »
— — auxiliaire. . .	550 »
Profits et pertes	303 11
Intérêts des valeurs	3 049 10
Total des recettes. . . .	91 931 41

Emploi.

Portefeuille.	87 212 15
Frais généraux.	2 967 98
Reste en caisse du trésorier le 24 avril 1886	1 751 28
Total égal.	91 931 41

LA SEMAINE MÉDICALE.

Dimanche dernier l'hôpital Cochin était en fête. M. le Dr Dujardin-Beaumetz avait organisé pour la distraction des malades de son service des réjouissances auxquelles ces pauvres gens ne sont p.s accoutumés. Sous une vaste tente décorée avec goût étaient réunis tous les malades qui ne sont pas confinés rigoureusement au lit, le personnel de la maison et quelques invités. Au fond de la tente se dressait un théâtre où des artistes de talent ont recité des monologues, chanté des romances, joué une amusante saynète, à la grande joie de l'assistance. Un prestidigitateur n'a pas eu moins de succès. Des rafraîchissements et des gâteaux circulaient à profusion. Bref c'est une journée de plaisir complet que le généreux et aimable médecin de l'hôpital Cochin a procuré à ses pauvres malades, dont beaucoup auront pendant ce temps oublié leurs maux. De la Médication Exhilarante et de l'utilité du rire pour la curation des maladies de l'estomac, serait un chapitre que la modestie l'empêchera d'ajouter à ses Nouvelles Médications.

Les Athéniens se sont lassés d'appeler Aristide le Juste; certains français semblent las de rendre justice à M. Pasteur. Nous assistons en ce moment à l'affligeant spectacle de quelques écrivains qui, embusqués dans la presse politique et même médicale, hélas, tirent sur lui et sur les siens, avec un parti pris qu'on serait fort en peine d'expliquer, si on ne savait qu'un des bons moyens de faire hausser le tirage d'un journal est d'y attaquer avec violence les gens les plus en vue et les plus estimés. Parmi ces agresseurs, car c'est le nom qui leur convient beaucoup mieux que celui de critiques, les uns déclarent que la méthode prophylactique contre la rage ne donnera aucun résultat; d'autres, remontant plus haut, insinuent que toutes les découvertes de Pasteur ont été surfaites. Puis, prenant goût à mordre un homme qui est bien trop occupé de sa rude tâche de pionnier de la science pour se retourner et chasser la meute des envieux aboyant derrière lui, ils annoncent qu'ils feront des révélations sur son caractère, et sur celui de ses amis, de ses collaborateurs. Hier ils calomniaient le professeur Grancher, demain ils dévoreront M. Roux; M. Chamberland ne trouvera peut-être grâce devant eux que parce qu'il est député. M. Pasteur et ses collaborateurs n'ont pas d'autre réponse à faire à leurs envieux que de poursuivre leurs travaux, assurés d'avoir toujours l'admiration de tous ceux qui aiment la science et la France.

Académie de médecine. (Séance du 4 mai.)

M. de Vry fait une communication sur l'*impureté du sulfate de quinine basique*, qu'il est impossible d'obtenir exempt de cinchonidine, parce que les écorces actuellement employées contiennent à côté de la quinine des quantités considérables de cinchonidine. Au contraire le sulfate de quinine *neutre*, fabriqué avec les mêmes écorces, est nécessairement exempt de cinchonidine.

Comme le sulfate de quinine neutre est nécessairement pur, il serait très facile de le transformer en sulfate basique parfaitement pur ; mais un tel sulfate basique ne serait pas accepté dans le commerce, à cause du préjugé qui exige un sulfate de quinine basique très léger. Ce préjugé est si tenace, que le sulfate qui est le plus léger est le plus estimé, et obtient généralement en France un prix plus élevé.

La meilleure façon de mettre fin à cet état de choses, est de formuler toujours le sulfate neutre au lieu du sulfate basique, dont la composition est variable. On peut aussi prescrire avec confiance le chlorhydrate de quinine parce que, d'après les mêmes lois, ce sel ne peut pas contenir de la cinchonidine, à moins de falsification.

M. *Dujardin-Beaumetz* se déclare partisan de l'emploi du chlorhydrate, déjà très usité en Russie ; il est plus soluble et, à poids égal, contient plus de quinine que le sulfate.

M. *Gautier* préfère le bromhydrate parce qu'il est mieux toléré par l'estomac. M. Hardy fait observer que le bromhydrate est moins efficace; car il ne contient que 64 p. 100 de quinine, le sulfate en contenant 74 p. 100 et le chlorhydrate 80 p. 100,

M. Pasteur offre à l'Académie *la note complémentaire sur les résultats de l'application de la méthode de prophylaxie de la rage après morsure.*

« Dès cette époque, ajoute-t-il, le nombre des personnes traitées était de 726; à l'heure actuelle il est de 950.

La note que j'ai présentée était, on se le rappelle, relative à la rage du loup. Depuis qu'elle a été lue, j'ai

reçu un grand nombre de documents sur la même question; j'en ferai plus tard l'objet d'un travail spécial; il me suffira pour le moment de dire que l'ensemble de ces documents confirme ce que j'ai dit, à savoir : la mortalité considérable qui accompagne la morsure des loups enragés. Très souvent cette mortalité est de 100 o/o et, en outre, la durée d'incubation est toujours très courte, puisqu'elle n'est parfois que de treize à quinze jours. Très souvent cela ne dure pas plus de dix-huit à vingt jours. Les morsures de chien n'ont que très rarement une incubation aussi courte, et M. Brouardel, qui en a fait le relevé, n'a pu en trouver qu'un nombre très restreint.

Quant aux accidents qui se sont produits malgré le traitement employé, ils sont connus de tous, grâce à la publicité que s'est empressée de leur donner la presse hostile, car, en effet, il y a une presse hostile à la méthode et cela n'a rien d'étonnant, puisque cette hostilité se rencontre dans cette enceinte même.

Quoi qu'il en soit, voici quels sont ces résultats.

Il y a eu cinq Russes mordus par des loups qui sont morts; il y a eu également une femme russe de soixante ans, mordue par un chien, qui est arrivée quinze jours après la morsure, et qui est morte quinze jours après son arrivée; mais cette femme avait seize blessures au front et aux mains, et ces blessures étaient extrêmement graves.

Que serait-il arrivé si cette femme était venue plus tôt, ou ne saurait le dire, mais il n'est pas déraisonnable d'admettre que la gravité des blessures a été précisément la cause de sa mort.

Si maintenant l'on fait abstraction de ces malades arrivés de Russie, on voit que sur les 950 malades provenant de tous les points de l'Europe et traités par la méthode, il n'y a de morte que la petite Lepelletier, morte trente-sept jours après des morsures effroyables à la tête et au creux de l'aisselle. Sur tous les autres malades, le traitement a été efficace.

Cette statistique prépare une grande déception aux personnes hostiles ou malveillantes, soit même à celles qui ne sont que fanatiques d'idées hypothétiques, comme le sont, par exemple, les antivaccinateurs. C'est là ma conviction profonde, et je crois qu'à cet égard il n'y a pas de doute possible, parce que les personnes hostiles dont je viens de parler ne sauraient contester les résultats que j'ai indiqués, pas plus que les espérances qui reposent sur l'ensemble de ces résultats. »

A la suite de la communication de M. Pasteur, M. Béchamp, ayant pris la parole pour répondre à M. Cornil qui l'avait critiqué dans la dernière séance, la controverse entre lui et M. Pasteur a pris une telle tournure que le président de l'Académie a proposé de nommer une commission, devant laquelle M. Béchamp répondra à la demande suivante de M. Pasteur.

« Il n'est pas une seule expérience dans laquelle on ait vu les granulations moléculaires depuis longtemps connues, et que M. Béchamp décrit sous le nom de microzymas, se transformer en microcoque, en vibrion, en torula, en micoderma aceti, etc , en un mot, en l'une quelconque des transformations que l'on trouve dans les travaux de M. Béchamp.

Si M. Béchamp conteste cette affirmation, il a au moins une expérience démontrant, d'une manière incontestable, ces transformations ; qu'il nous la fasse connaître, et qu'il soit nommé dans l'Académie une commission devant laquelle il lui sera permis de faire sa démonstration. Prenons, par exemple, l'expérience d'après laquelle, avec la craie de Meudon, il aurait pu obtenir la fermentation d'un liquide fermentescible, grâce à la présence, dans cette craie, de microzymas susceptibles de transformation.

Cette expérience est facile à faire. M. Béchamp prendra lui-même cette craie, il la placera dans les conditions qui lui conviendront, à la seule réserve que l'expérience sera faite sur un liquide stérilisé avec les précautions que réclame cet ordre d'études, précautions que par parenthèse M. Béchamp n'a jamais prises, et il montrera à la commission les transformations de son microzyma ; si l'on peut constater ces transformations, ce que je conteste, la question sera résolue en sa faveur.

Il pourra faire l'expérience sur du pus non associé à des organismes microscopiques, sur de l'urine, sur du sang, sur le liquide de l'hydrocèle, et, comme nous prétendons que, dans les conditions où nous nous plaçons, ces liquides ne s'altèrent pas et restent d'une limpidité parfaite, s'il arrive à provoquer leur fermentation, je serai le premier à reconnaître que mes expériences sont inexactes. ».

MÉDECINE LÉGALE.

L'article qu'on va lire était à peine composé que nous avions la douleur d'être appelé auprès de notre cher maître et de le trouver agonisant, alors que nous l'avions quitté quelques jours auparavant plein de vie et de santé en apparence.

La médecine mentale et la médecine légale font la perte la plus cruelle dans la personne de M. *Legrand du Saulle*. Nous perdons, nous, un maître et un ami, et nous sommes heureux de lui adresser comme suprême adieu cette étude sur un sujet qui lui tenait particulièrement au cœur.

De la responsabilités des aliénés pendant *les intervalles lucides.*

I

Parmi les nombreuses lacunes que laisse subsister dans notre instruction médicale la façon peu pratique dont elle est dirigée par des règlements défectueux, il en est une bien préjudiciable à la société comme au médecin, c'est l'ignorance absolue des neuf-dixièmes d'entre nous en clinique mentale et en médecine légale au lendemain du jour où notre président de thèse nous a déclarés solennellement *dignos intrare*, en nous conférant *licentiam medicandi impune per totam terram*.

Il n'existe pas d'examen de clinique mentale; à l'examen de pathologie, dans lequel le candidat pourrait à la rigueur être interrogé sur les maladies mentales, cela n'arrive jamais ou presque jamais, pour cette raison très naturelle que le seul professeur

ayant qualité ou autorité pour interroger sur cette matière ne peut pas être juge de tous les candidats.

Quant à la médecine légale, si les progrès considérables réalisés dans son enseignement pratique grâce à l'initiative éclairée et au dévouement de M. Brouardel, permettent aux candidats de bonne volonté d'en connaître certaines parties lorsqu'ils se présentent au doctorat, il en est une qui est restée jusqu'ici dans l'ombre par la force des choses, c'est la partie qui traite du diagnostic médico-légal de l'aliénation mentale. Or il peut se faire que le jeune docteur soit appelé dès le début de sa pratique à émettre un avis dans une circonstance qui nécessiterait les connaissances qu'il n'a précisément pas. Il a bien la ressource de décliner cette responsabilité, en arguant de son incompétence et en s'effaçant devant un aliéniste de profession. Mais ne vaudrait-il pas mieux qu'il en fût autrement?

Ces réflexions nous sont venues, il y a quelques jours, en assistant à une de ces conférences de clinique mentale et médico-légale que notre cher maître, M. Legrand du Saulle fait chaque année à la Salpêtrière pour le plus grand profit de ceux qui ont l'heureuse idée d'y assister, ou la bonne fortune de pouvoir le faire.

M. Legrand du Saulle traitait ce jour-là *des rémissions* au cours de la paralysie générale et *de l'intervalle lucide*, et nous sentions en l'écoutant combien il est fâcheux que, par suite de notre système d'enseignement officiel fermé à tous ceux qui n'ont pas suivi la filière des concours, la vaste expérience et le rare talent d'enseignement d'hommes comme lui restent confinés sur le terrain de l'enseignement libre. Fort heureusement le livre est là pour suppléer à la chaire qui manque et nous nous consolions en pensant que celui que nous écoutions, aussi maître de sa plume que de sa parole, a su, moissonneur infatigable, enfermer dans une belle série d'ouvrages, vrai grenier d'abondance pour les légistes et les aliénistes de l'avenir, les précieux fruits de son expérience.

II

L'intervalle lucide est à coup sûr un des points les plus délicats de la clinique médico-légale des aliénés, ainsi qu'en témoignent les controverses dont il a été l'objet.

On admet généralement aujourd'hui qu'il consiste en une *suspension absolue, mais temporaire, des manifestations et des caractères du délire*. « Il diffère, dit Régis, de la rémission en ce qu'il n'est pas une simple atténuation, mais une disparition complète des symptômes, et de l'intermission en ce qu'il ne sépare pas deux accès différents, mais qu'il interrompt seulement, comme une lueur momentanée, le cours du même accès. »

L'importance de ces distinctions est sanctionnée par la question de responsabilité qui se pose dans ces états divers, la rémission, l'intermittence et l'intervalle lucide.

Ainsi le degré de la responsabilité pénale peut être discuté dans les états de RÉMISSION, puisque celle-ci n'est qu'une atténuation plus ou moins marquée des symptômes de la maladie mentale et mais non leur disparition; suivant que l'atténuation a été plus ou moins accentuée, la responsabilité du malade doit être plus ou moins engagée. C'est affaire de cas particuliers, et dans cet ordre d'idées on doit considérer comme précieuse cette notion de la responsabilité proportionnelle, si violemment repoussée par les métaphysiciens et les magistrats d'une certaine époque, et pour laquelle M. Legrand du Saulle a rompu plus d'une lance, mais qui a gagné tant de terrain de nos jours que « l'antagonisme d'hier » entre les aliénistes et les magistrats « peut devenir aujourd'hui une cordiale entente. »

Tout autrement se pose le problème de la responsabilité dans les INTERMITTENCES OU INTERMISSIONS, puisqu'il s'agit alors du retour complet à la raison compris entre deux accès de folie. Ici écoutons Falret : « Dans ces cas si nombreux, qui se rencontrent aussi bien dans les formes mélancoliques que dans les formes maniaques, la question de responsabilité se pose naturellement dans toute sa netteté et dans toute sa rigueur. Une intermittence vraie est en réalité une guérison temporaire ou momentanée. On doit, dès lors, lui appliquer la règle applicable à la guérison même, c'est-à-dire considérer l'individu qui se trouve dans cet état comme jouissant de toute sa raison, partant, de toute sa responsabilité légale et de sa capacité civile. » « Naturellement il s'agit pour l'expert d'établir par des preuves péremptoires et certaines que l'individu soumis à l'examen était bien, au moment de l'action, dans une véritable période d'intermittence, dans un état de guérison réelle et non apparente, et non pas dans un état de simple rémission plus ou moins prononcée ou dans un état de dissimulation du délire par la volonté du malade, comme cela arrive si souvent par exemple dans les périodes de rémission du délire de persécution. Ce problème clinique est souvent très difficile à résoudre. Mais en principe on ne peut nier que des périodes d'intermittences vraies existent souvent dans les maladies mentales, et que pendant ces périodes l'individu doit être considéré comme ayant recouvré sa responsabilité morale et sa capacité civile. »

Cette opinion est celle de la plupart des auteurs et notamment de M. Doutrebente, un des derniers qui ait écrit sur la matière.

III

Mais l'accord n'est plus le même au sujet de l'INTERVALLE LUCIDE, envisagé comme une suspension complète, mais temporaire, des symptômes de la maladie dans le cours d'un même accès. Outre que des auteurs comme Billod n'ont pas accepté cette conception de l'intervalle lucide, la législation en France n'est pas non plus en harmonie avec elle, puisqu'elle ne restitue pas pendant les intervalles lucides, la capacité civile à l'aliéné interdit : « Le majeur qui est dans un état habituel d'imbécillité, de démence ou de fureur, doit être interdit, *même lorsque cet état présente des intervalles lucides. Code civil art.* 489. » Et cependant l'intervalle lucide est, suivant l'expression de M. Legrand du Saulle, « une trêve réelle, un loyal armistice. »

En effet, quand l'intervalle lucide est de bon aloi et de toute évidence, les habitudes et les dispositions antérieures reparaissent, la physionomie reprend son

expression d'autrefois et le malade songe avec intérêt à ses affaires ; il revoit avec plaisir sa famille, sourit à ses amis, oublie les aversions mal fondées qu'il a conçues dans son délire, et balbutie timidement quelques paroles d'excuse et de sympathie aux personnes qui en ont été l'objet. La bienveillance est dans son regard, la sensibilité dans son cœur, et c'est le retour des sentiments affectueux qui domine toute la scène.

Pendant la maladie de Charles VI, dès qu'il apparaissait un intervalle lucide, les pouvoirs du conseil de régence étaient suspendus. En revenant ainsi à la santé et en ressaisissant l'autorité, le roi apaisait les discordes qui déchiraient sa famille, réparait bien des malheurs et relevait l'Etat que les désastres de l'époque entraînaient vers l'abîme.

Dans la simple rémission, au contraire, il n'est pas toujours possible de fixer longtemps l'attention. Les traits sont indécis, les réponses brèves et souvent évasives; la parole est saccadée, la voix un peu voilée, et l'aspect général manque d'aplomb.

Quant à ces aliénés *bien portants* qui, pour recouvrer plus vite la liberté, protestent tous les jours de leur guérison et affirment qu'ils n'entendent plus de voix ou qu'ils n'ont plus d'apparitions, ils veulent en imposer et dissimulent leur état. Les presse-t-on de questions, ils répondent par des mensonges. C'est bien d'eux qu'on peut dire : *Incombit onus probandi sanam mentem.* Jusque-là il faut se tenir sur ses gardes.

Un point de psychologie judiciaire des plus délicats à résoudre, consiste dans la question de savoir si un crime commis pendant l'intervalle lucide ou la période suspensive de la folie périodique doit être mis sur le compte de la propension maladive, ou bien s'il a été déterminé par les suggestions d'une conscience indépendante. La justice fera-t-elle, dans ce cas, jouir le coupable de l'immunité qui s'attache à l'absence de discernement, le considérera-t-elle comme en ossession de son libre arbitre et le frappera-t-elle alors avec la sévérité égale pour tous, ou bien descendra-t-elle en sa faveur l'échelle de la pénalité d'un ou plusieurs degrés.

Hale, grand justicier de l'Angleterre, a posé à ce sujet une terrible règle de conduite. D'après lui, tout individu « jouissant d'autant de connaissance et de jugement qu'un enfant de quatorze ans, est en état d'être déclaré coupable de trahison et de félonie, absolument comme celui qui, *ayant un accès de folie par jour*, commettrait un crime dans les intervalles lucides de la journée. »(1) A cette sentence inhumaine il convient d'opposer l'opinion de Chauveau (Adolphe) et Faustin Hélie, qui se sont posé la question dans les termes suivants : « Ne peut-on pas présumer, disent-ils, que l'état habituel d'aliénation a pu exercer quelque influence sur la détermination de l'agent, lors même qu'aucun signe ne la décèle? Quel juge oserait affirmer que cette intelligence, tout à l'heure éteinte, a repris subitement toutes ses clartés? Enfin, faudra-t-il attendre pour le jugement un autre intervalle lucide? Et la folie ne pourra-t-elle pas survenir au milieu de l'instruction, et avant que la justice ait achevé son cours? » Entre des opinions si formellement contradictoires, on est en droit de se demander où habite la vérité. M. Legrand du Saulle répond à cette demande par l'exposé de sa doctrine.

« Les médecins légistes, dit-il, ne doivent pas, en général, faire entendre aux magistrats des paroles en contradiction trop flagrante avec les idées reçues. Sans cela, leur intervention, pour vouloir atteindre un but éminemment respectable, dépasserait les limites admissibles et sèmerait l'incrédulité dans le prétoire. Faire valoir, dans le cas dont il s'agit, la doctrine de l'immunité *quand même*, c'est réellement outrepasser la frontière du juste et du droit.

Lorsqu'un médecin a l'honneur d'être consulté dans un procès où un homme a, dans l'intervalle lucide l plus complet, le mieux constaté, tué, volé ou incendié, il doit d'abord prévoir les objections qui ne manqueront pas de lui être faites, et, pour en triompher, si toutefois il y a lieu, il doit apporter, dans sa mission d'expert, une prudence en harmonie avec sa sagesse et sa probité. Il doit, par exemple, exposer si le fait incriminé a été commis à une époque rapprochée ou lointaine du délire et tirer de cette première circonstance des conclusions conformes aux saines données de la pathologie et de la pratique usuelle. Le moment précis où aura commencé et fini l'intervalle lucide ressortira du froid examen des faits et de la constatation sincère des signes et symptômes divers qui ont été précédemment indiqués.

Il importe ensuite de rechercher quelles ont été les conceptions délirantes du précédent accès, de les analyser et de voir si elles se rapprochent en quelque chose de l'action imputée. Si, par exemple, le malade avait été poursuivi par des instincts homicides ou incendiaires et avait entendu des voix lui intimant l'ordre de tuer ou de brûler, et que le procès criminel actuellement pendant devant la justice fût en relation directe avec cette variété de perturbation mentale, il va sans dire que l'on devrait émettre une opinion très nette et tout en faveur de l'impulsion morbide et de la privation de liberté morale. Si, au contraire, le fait est en désaccord absolu avec le délire passé, et s'il paraît avoir été motivé par des considérations ayant leur raison d'être, — perversité naturelle, jalousie, libertinage, vengeance, etc., — et se justifiant d'elles-mêmes, le médecin devra pencher du côté de la compromission possible, probable même, du libre arbitre, eu égard aux accès antérieurs de folie, mais il s'abstiendra de déposer en faveur de l'absence radicale du discernement.

Dans un examen de cette nature, il faut savoir peser à leur juste valeur les penchants et les dispositions antérieures de l'individu et tâcher de recueillir à ce sujet des témoignages ou des révélations capables de jeter du jour sur les débats; on doit discuter à part soi les mobiles et les causes vraisemblables de l'acte, ainsi que les circonstances qui ont accompagné sa perpétration. Il y a là tout un travail à faire et l'on comprend combien il importe, au nom de la morale publique et de la vérité, d'entourer cette enquête de soins minutieux, scrupuleux même, et de ne point perdre de vue qu'en thèse générale la liberté morale est d'autant plus grande que l'intellect a été plus

(1) Histoire des plaidoyers de la Couronne. t. Ier p. 50
(2) Théorie du Code pénal.

uissant et que les connaissances ont été plus vastes.

Pour trancher toutes les difficultés, nous devons dire, en résumé, qu'il est possible de ramener à trois types différents les actes criminels commis pendant des intervalles lucides ou des phases suspensives de la folie périodique :

1° Le fait s'est accompli au milieu de circonstances qui ne permettent guère de douter de la plénitude relative des facultés. — Exposer alors l'influence possible des accès antérieurs de folie sur la détermination de l'agent et conclure à l'atténuation de culpabilité.

En pareille occurrence la justice usera certainement d'indulgence.

2° Le crime a eu pour auteur un individu qui, tout en conservant les apparences d'une activité intelligente, fléchit néanmoins sous l'oppression mentale. — Etablir la lésion de l'entendement et appuyer cette opinion d'exemples et de preuves résultant des interrogatoires et de l'allure particulière du prévenu. Conclure enfin à l'irresponsabilité devant la loi.

Une ordonnance de non-lieu est le plus souvent rendue et la séquestration dans une maison d'aliénés est ordonnée par l'autorité.

3° L'acte consommé résulte d'une volonté libre, mais il y a eu presque immédiatement explosion d'un délire ou d'attaques nerveuses pouvant ressembler de près ou de loin à la folie ou à l'épilepsie. — Rechercher avec soin si la simulation ne joue pas le principal rôle et si les phénomènes morbides accusés ne trahissent pas un souvenir trop fidèle des accidents antérieurs. Demander, en cas de doute, la translation provisoire dans une maison spéciale; observer et faire surveiller attentivement ; puis, lorsque la conviction reposera sur des données certaines, remettre à l'autorité judiciaire un rapport dont les conclusions devront nécessairement rentrer dans les deux cas précédents.

Selon toute probabilité, l'arrêt sera conforme aux conclusions de l'expert.

Ainsi pense notre excellent maître sur une question généralement trop peu connue et dont l'importance est cependant évidente. Pour cette raison nos lecteurs nous sauront gré, nous l'espérons, de les avoir guidés dans cette excursion sur un terrain qui n'est pas à proprement parler le nôtre.

P. Le Gendre.

RECUEIL DE FAITS

Atrésie des voies génitales. — Rétention des menstrues. — Création d'un vagin et d'un canal cervical artificiels. — Métro-péritonite et cystite. — Guérison. Par le Dr Bourdaux (de Fleurance, Gers).

Hortense C., de Saint-Sauvy, âgée de 16 ans et demi. Bonne constitution, développement moyen, très intelligente.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, cette jeune fille s'est très bien portée; à part la rougeole, elle n'a jamais fait de maladie grave. A quinze ans, elle ressentit pour la première fois un trouble général avec des douleurs dans les reins et dans les cuisses; après trois ou quatre jours ces douleurs cessèrent et elle reprit toutes les apparences de la santé. Depuis ce moment, elle ne cessa d'éprouver, tous les mois, d'une façon périodique, des douleurs de reins et de ventre qui allèrent toujours en s'aggravant et en augmentant de durée, sans que jamais le flux menstruel se soit établi. Les crises douloureuses étaient séparées au début par une période plus ou moins longue d'accalmie complète.

Au moment où je suis appelé à la voir, la malade, qui, depuis trois mois, n'a guère que huit ou dix jours de répit par mois, est en proie à des souffrances atroces qui lui arrachent les hauts cris et l'obligent à s'aliter en lui enlevant toute force, tout appétit et tout sommeil. Sa santé générale s'est graduellement ébranlée et elle est fort amaigrie. Elle est constipée et a des troubles du côté de la miction. Elle se plaint de coliques déchirantes, de douleurs de reins vives et elle accuse un sentiment de courbature et de défaillance extrêmes dans les membres inférieurs.

La face est grippée, la langue large, saburrale; le pouls est petit, serré et la température a 38°5. Le cœur, les poumons, le foie, ne donnent que des signes négatifs. Les urines sont légèrement albumineuses.

Passant à l'examen du ventre, je trouve qu'il est très notablement augmenté de volume et que cette augmentation porte surtout sur le flanc droit. A ce niveau, en effet, il est facile de constater l'existence d'une tumeur à grand diamètre dirigé de haut en bas et de droite à gauche. Elle remonte à trois travers de doigt au dessus du nombril et affleure presque à la dernière fausse côte; en la suivant en bas, on la sent se perdre dans le petit bassin au-dessous des pubis. Son diamètre latéral a sa plus grande étendue en haut, et de là, il va en diminuant à mesure qu'on descend du côté du détroit supérieur.

Cette disposition donne à la tumeur la forme d'un cône assez régulier à base dirigée en haut et dont le sommet plonge dans le bassin.

Par un palper méthodique on reconnaît que si elle n'est pas absolument enclavée, ses mouvements ont du moins une étendue très restreinte. A la partie supérieure de son côté droit, on sent une seconde tumeur allongée, ayant la forme d'une amande qu'elle dépasserait en volume; elle est reliée à la grande d'une façon manifeste par un cordon facile à reconnaître. Du côté gauche on sent une tumeur semblable, mais beaucoup plus petite. Toutes les manœuvres d'exploration sont extrêmement douloureuses et arrachent des cris à la malade.

Les parties génitales externes sont normales. *La membrane hymen est intacte* et offre une ouverture capable d'admettre à peine le petit doigt; je me décide à l'inciser et je puis alors introduire l'index dans le vagin; mais mon doigt ne va pas loin et il se trouve arrêté à environ trois centimètres du vestibule par un cul-de-sac lisse dans tous les sens et ne présentant aucune saillie ni ouverture. En pressant en bas je sens les matières fécales contenues dans

le rectum; en haut, je trouve une tumeur dure donnant une sensation vague de fluctuation.

Après avoir fait prendre à la malade un lavement qui dégage le rectum, j'introduis une sonde d'homme à grande courbure dans sa vessie, mon index droit dans le rectum et je glisse mon pouce dans le vagin; je dirige ensuite la sonde du côté où se trouve mon pouce dont je lui fais parcourir toute la partie engagée. En la quittant, la sonde tombe sur l'indicateur dont je la sens séparée par une cloison résistante dont j'évalue l'épaisseur à 2 millimètres ou 2 millimètres et demi environ. Au moyen de la sonde et de mes deux doigts, vaginal et rectal, je constate que le cul-de-sac du vagin est séparé de la tumeur par un espace de un centimètre environ.

Il m'est impossible, par le rectum, d'atteindre les annexes de l'utérus et mon doigt constate la forme en boudin de la tumeur dont il perçoit fort bien les mouvements imprimés par le palper abdominal.

Le ventre est libre de tout épanchement.

En présence de tous ces signes, et d'accord avec mou confrère M. Barailhé, médecin ordinaire de la malade, je diagnostique une atrésie des voies génitales causant la rétention des menstrues et je déclare la malade justiciable d'une opération grave, qui seule peut lui sauver la vie. L'époque de cette opération, acceptée par la malade et ses parents, est fixée au moment où un calme relatif aura remplacé les douleurs intolérables qu'elle éprouve.

Opération. — Huit jours après, le 12 janvier, assisté de mes confrères MM. Barailhé et Sylvain Trémoulet, je procède à l'opération. La malade a été purgée la veille.

Température 37°6. Pouls 87.

La malade étant couchée sur une table dans la position de la taille périnéale, je confie à un aide une sonde courbe d'homme introduite dans la vessie; le même aide introduit l'index de sa main libre dans le rectum; je lui recommande de porter le bec de l'instrument et son doigt immédiatement en avant de la tumeur et de les mettre au contact médiat l'un de l'autre sans plus bouger.

Je m'arme d'un bistouri à lame longue et étroite, ne tranchant que par la pointe. J'introduis mon indicateur gauche dans le vagin et je reconnais la situation respective du doigt de l'aide de la sonde qu'il tient et de la tumeur. Je fais au fond même du cul-de-sac une incision peu profonde, dirigée latéralement de droite à gauche et pouvant avoir trois quarts de ceutimètre d'étendue environ.

Je prends une sonde cannelée et avec beaucoup de patience et de précautions, sur mon doigt, j'agrandis, dans le sens tracé par mon coup de bistouri et en me dirigeant vers la tumeur, l'ouverture que je crée en dédoublant la cloison qui fait suite au vagin et le sépare du col. J'ai pour guides dans ces manœuvres délicates, le bec de la sonde et l'iudex de mon confrère M. Trémoulet qui est resté dans la situation où je l'ai placé au début de l'opération.

J'arrive enfin sur la tumeur autour de laquelle il m'est assez facile de décoller la cloison que je viens de dédoubler et j'y enfonce un trocart de 8 millimètres de diamètre. Par la canule arrive un sang poisseux ressemblant à du goudron. Je suis surpris de la quantité minime qui s'en écoule et aussi du volume de l'utérus que je craignais de voir diminuer trop rapidement et qui reste sensiblement le même. Le doigt introduit dans le vagin pénètre sans peine jusqu'au col où il éprouve la sensation très nette de l'ouverture créée par le trocart.

Compression modérée de l'abdomen par une couche très épaisse d'ouate.

Injections vaginales au bi-chlorure d'hydrargyre au deux millième faites toutes les heures. Coton salicylé sur la vulve.

Une pilule de 5 centigrammes d'opium à prendre tous les soirs jusqu'à nouvel ordre. Repos absolu dans le décubitus dorsal. Température 37.8. — Pouls 80.

13 janvier. — La malade qui a passé la soirée de la veille assez tranquille et qui a reposé pendant la nuit, perd toujours du sang de même nature et en petite quantité. Elle a pris du bouillon et du vin. Elle a vomi une fois. Injections au sublimé toutes les heures. Température matin 37°6. — Température vesp. 38°.

14 janvier. — Même état. La malade prend du lait, du bouillon et du vin. Elle a eu des nausées sans vomissement. Le sang, qui s'écoule toujours en petite quantité, a le même aspect et n'a pas d'odeur. On continue les injections. Température matin 37°4, température vesp. 37°7. L'utérus est sensiblement diminué de volume. Le fond de l'organe s'est abaissé d'un travers de doigt environ.

Cet état se maintient sans changements appréciables jusqu'au 31 janvier. Les injections antiseptiques sont très régulièrement administrées toutes les deux ou trois heures jusqu'à cette époque. La malade mange avec assez d'appétit. Grace à l'opium, elle n'est pas allée à la garde-robe depuis la veille du jour où elle a été opérée.

L'écoulement de sang a progressivement diminué; et, quoi qu'il ne soit pas encore tari, le retrait des parois utérines laisse comprendre qu'il tire à sa fin. 25 grammes d'huile de ricin font rendre à la malade une grande quantité de matières ovillées.

En outre, vu son apyrexie, je lui permets de se faire porter sur une chaise longue pour y passer quelques instants.

1er février. — Appelé en toute hâte près de mon opérée, j'apprends que la veille, contrairement à mes instructions, elle est restée levée pendant deux heures et qu'elle a été très fatiguée par des soins de propreté qu'on lui a prodigués.

Deux heures après avoir été remise dans son lit, elle a été prise de douleurs sourdes d'abord, vives ensuite dans le bas-ventre, que je trouve ballonné et très douloureux surtout dans le flanc droit. Elle a eu des nausées et a vomi; les pertes sont devenues fétides. Temp. 39° 6. — Pouls 105.

Les injections au sublimé sont reprises toutes les demi-heures — on ne les faisait plus que toutes les trois heures. — Application d'onguent napolitain belladoné et de compresses mouillées sur l'abdomen. Calomel à doses fractionnées; sulfate de quinine.

2 février. — Temp. matin 39° 5, pouls 104.

La nuit a été agitée, la malade a vomi plusieurs fois, la face est grippée. Le pouls est petit, serré, le ventre reste extrêmement douloureux et ballonné

principalement dans la fosse iliaque droite. La langue est saburrale. Les pertes ont encore de l'odeur. J'ordonne 25 grammes d'huile de ricin. Temp. soir 39° 8 pouls 110.

3 *février*. — Même état; la purgation a agi. Il semble que les phénomènes abdominaux aient un peu rétrocédé. Temp. 39° 1 temp. soir 39° 5.

4 *février*. — La malade qui a encore vomi et dont le ventre reste douloureux dans le flanc droit, se plaint de besoins fréquents d'uriner ; elle accuse une douleur vive qu'elle compare à une brûlure au moment de l'émission des urines. Temp. matin 38° 8 temp. soir 39° 3 pouls 185. Lavement au miel de mercuriale.

5 *février*. — Même état. Les besoins d'uriner sont incessants et la douleur provoquée par le contact de l'urine, aussi vive. J'ordonne de toucher la muqueuse vulvaire avec une solution de cocaïne à 4 p. 100. Suppression du calomel à doses fractionnées. Température matin 39°1, pouls 95. — Température soir 39°6, pouls 108.

L'état de la malade reste sensiblement stationnaire jusqu'au 25 du mois. Les injections sont continuées toutes les heures. La température prise matin et soir oscille entre 38 et 39°5, chiffre qu'elle n'a pas dépassé. Les pertes ont diminué et sont devenues roussâtres. La malade a pris tous les jours un léger laxatif et un peu de sulfate de quinine. Le ballonnement du ventre a diminué graduellement ainsi que la douleur. Au 25 février, le fond de l'utérus se sent au niveau du pubis.

A dater de ce moment, tous les phémonènes pathologiques disparaissent. Le ventre, quoique sensible, n'est plus douloureux. L'appétit se réveille et la température, redevenue normale le matin, n'est un peu augmentée que le soir. Les selles tendent à s'établir normalement et la malade n'accuse plus que de fréquentes envies d'uriner, moindres qu'au début, il est vrai, mais qui entraînent toujours des douleurs vives à peine mitigées par la cocaïne.

4 *mars*. — La malade, que je n'avais pas revue depuis huit jours, va bien. On ne sent plus l'utérus par le palper abdominal et le toucher rectal indique qu'il est presque revenu à ses dimensions normales. Le toucher vaginal laisse percevoir un canal que le doigt franchit facilement pour arriver sur le col dont l'ouverture laisse écouler quelques mucosités.

Je la laisse se lever sans qu'il en résulte d'inconvénient. Grand bain de 15 minutes.

25 *mars*. — La malade, que je n'ai pas vue depuis 20 jours, va très bien. Par le toucher vaginal je constate que le canal de nouvelle formation est resté béant; quant au canal cervical, sa perméabilité est décelée par des pertes blanches qui, sans être abondantes, marquent cependant le linge. Le toucher rectal laisse percevoir un utérus revenu à ses proportions normales.

30 *mars*. — Mlle C... a eu ses règles qui ont commencé le 27 au soir pour finir dans la nuit du 29 au 30. Elles n'ont été marquées par aucun incident.

Réflexions. — Cette observation m'a paru présenter quelque intérêt à plusieurs points de vue.

Et d'abord, au point de vue tératologique, elle met en échec la théorie de M. Budin sur le rôle embryogénique et la constitution de l'hymen. Cette théorie a déjà été ébranlée par plusieurs cas cliniques dont un publié dernièrement dans les Annales de Gynécologie.

Elle nous présente un cas d'accolement *partiel et congénital* des parois vaginales d'une rareté telle qu'il m'a été impossible d'en trouver un autre semblable dans la littérature médicale.

Au point de vue des suites opératoires, j'ai été frappé de la lenteur avec laquelle l'utérus a laissé échapper l'énorme quantité de sang qu'il contenait. J'ai dû attribuer ce fait à l'existence d'adhérences, soit anciennes soit de nouvelle formation, qui retenaient les parois utérines accolées soit aux parois abdominales, soit aux organes voisins. J'ai cru que ces adhérences étaient le fruit des poussées successives de péritonite partielle qui avaient accompagné chaque époque menstruelle.

Enfin, je dois dire que l'heureuse issue qui a couronné mon intervention opératoire, doit être attribuée surtout à l'antisepsie vaginale qui, pendant 21 jours, m'a permis d'empêcher toute fermentation dans la masse de sang que contenait l'utérus.

Lorsque la métro-péritonite est arrivée, les lavages vaginaux antiseptiques pratiqués d'une façon presque incessante ont puissamment contribué avec la médication usuelle à empêcher une issue fatale imminente. Ils ont pu arrêter la décomposition septique qui avait gagné le contenu utérin et qui se traduisait par une odeur caractéristique des pertes.

Quant à la cystite aigüe dont la malade a tant souffert, je l'attribue aux tiraillements que les parois vésicales ont eu à supporter par le fait de la régression utérine qui a dû modifier profondément la position qu'elles occupaient avant l'opération.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Remarques sur la loi présentée aux chambres concernant l'exercice de la pharmacie.

Cette loi, qui paraît donner aux pharmaciens toutes les satisfactions par eux désirées depuis longtemps, contient des dispositions très préjudiciables au public et aux médecins. La naïveté de ses rédacteurs y a même introduit des paragraphes excessivement nuisibles aux pharmaciens, et qui leur feraient amèrement regretter la bonne vieille loi de Germinal.

C'est pourquoi les pharmaciens, les premiers, s'opposeront sans doute à l'adoption du projet, et cette considération me détourne de le discuter en détail, ce qui serait fort long. Je veux seulement en relever quelques points qui nous obligeraient, nous autres médecins, à intervenir par voie de pétitions, si, contrairement à mes prévisions, ladite loi prenait de la réalité.

L'article 1er supprime la liberté de la vente des médicaments vétérinaires. Cela nous intéresse peu,

mais cette restriction est tellement bizarre, tellement rétrograde, que je ne puis m'empêcher de témoigner mon étonnement, sans insister.

L'article 8 est ainsi conçu :

Les médecins *établis* dans les communes où il n'y aurait pas de pharmacien ayant officine, pourront, *en cas de péril urgent*, fournir des médicaments aux malades auprès desquels ils seront appelés et dont la résidence sera éloignée de *six kilomètres* au moins de toute pharmacie etc.

Pourquoi les médecins *établis ?* Que fait l'endroit où le médecin est établi, puisqu'il a le droit d'exercer dans toute la France? c'est celui où le malade est établi qui seul importe. On a copié servilement la loi de Germinal qui contient une faute manifeste de rédaction. D'après la lettre de cette loi le médecin établi dans un hameau aurait le droit de porter des médicaments partout où il est appelé même au nez des pharmaciens (car il n'y a aucune restriction), tandis que le médecin de la ville n'aurait pas le droit d'emporter des médicaments lorsqu'on l'appelle dans une campagne éloignée de toute officine. Il est évident que cette faculté a été accordée au médecin, non dans son intérêt propre, mais dans l'intérêt du malade, et la difficulté que celui-ci peut avoir à se procurer des médicaments dépend du domicile du malade et nullement de celui du médecin.

On remarquera que ledit article 8 ne vise que le cas de péril urgent. S'il n'y a pas de péril urgent, le malade devra envoyer un exprès chez le pharmacien, quelle que soit la distance ; le malaise, l'impatience, la douleur du malade sont comptés pour rien, pourvu que les pharmaciens gagnent de l'argent. Vous voulez purger un malade, ou lui donner un calmant pour la nuit; il n'y a pas de péril urgent; le malade attendra jusqu'à demain.

Mais s'il y a *péril urgent* et que le pharmacien le plus proche soit à moins de six kilomètres, il arrivera bien autre chose ; malgré le *péril urgent*, le médecin ne devra rien fournir. Vous voyez d'ici le médecin, obéissant à la loi, dire au malade : mon ami, votre cas est grave : vous allez peut-être étouffer; j'ai dans ma poche de l'émétique qui ferait bien votre affaire, mais il m'est défendu de vous en donner, parce que le prochain pharmacien n'est qu'à une lieue et que je lui ferais perdre deux sous!

Le projet Naquet était plus sensé ; tout médecin, même dans les villes, y avait le droit de fournir les médicaments urgents. C'est tellement un droit, que c'est un devoir. Tout médecin devrait avoir dans sa trousse, surtout la nuit, cinq ou six médicaments urgents. Ne craignez pas la loi. Il ne se trouvera pas de tribunal pour dire que sauver la vie à quelqu'un, ou tenter de le faire, c'est exercer la *profession* de pharmacien.

L'article 9 est la couronne du projet. Il donne aux pharmaciens le droit de vendre les médicaments sans ordonnance, c'est-à-dire d'exercer la médecine. C'est ce qu'ils appellent « la liberté sous la garantie du diplôme. » De quel diplôme, s'il vous plaît ? Est-ce donc un diplôme de médecin ? — Sont exceptés seulement les poisons qui ne pourront être vendus sans ordinuance, mais, grâce à un artifice ingénieux, inddquéans l'article 10, le médecin ne prescrira presque plus jamais de poisons ; les médicaments qui en contiennent devront porter l'étiquette *dangereux*. Et, comme les malades ne voudraient pas absorber des pilules ou potions recommandées par cette étiquette, les médecins s'en tiendront ordinairement aux remèdes anodins et se verront forcés de ne plus prescrire de médicaments énergiques.

Le seul privilège laissé au médecin par ce projet de loi se réduirait ainsi à presque rien dans la pratique.

Dr LANDUR.

II

Le médecin des prisons et les règlements administratifs.

Monsieur le Directeur,

Médecin des prisons, j'ai pris connaissance, il y a quinze jours, du nouveau règlement, où il est dit que : « Les fonctions de médecin des prisons sont incompatibles avec celles de maire ou d'adjoint. » Ce qui m'a le plus surpris, après avoir lu tout le règlement, c'est de le voir approuvé et signé par le ministre Allain-Targé. Comment un esprit aussi libéral a-t-il pu apposer sa signature à un document administratif qui a la prétention d'exclure de toute administration municipale un citoyen qui, en dehors de cela, peut avoir toute indépendance et en même temps expérience acquise? Nos petites villes sont, malheureusement, assez pauvres d'hommes ayant reçu une instruction complète et ayant consenti à prendre part à la charge des affaires publiques, pour qu'il doive leur être permis, le cas échéant, d'accepter les fonctions de maire ou d'adjoint, où ils peuvent rendre certains services à leurs concitoyens.

Voici ce qui m'est arrivé et qui indique suffisamment que l'administration supérieure a de tout temps eu la prétention de faire d'un médecin de prison un subalterne dépendant et même un auxiliaire comme agen électoral. Nous étions sous l'Empire, et un de mes vieux confrères, médecin de la prison, se sentant fatigué par l'âge et les infirmités, m'avait prié de le remplacer. Je faisais son service depuis deux ans, lorsque, se sentant plus faible, il donna sa démission en ma faveur. J'attendis sous l'orme pendant plusieurs mois, un an et plus, je ne voyais rien venir. Mon Sous-Préfet, avec lequel j'étais dans les meilleurs termes, réclamait inutilement de temps à autre, en haut lieu, ma nomination officielle. Nous accusions la bureaucratie d'une négligence inexplicable, lorsqu'une circonstance fortuite vint me dévoiler la cause véritable du retard. Nous allions avoir une élection législative, le candidat officiel était venu me faire visite et m'adresser les compliments les plus flatteurs sur l'influence que ma profession me donnait sur le corps électoral de notre arrondissement. Je l'avais reçu très poliment, mais sans vouloir lui promettre un concours très actif. Peu de temps après, deux de ses plus ardents partisans vinrent auprès de moi, chacun isolément, me dire que, si je voulais faire campagne avec eux pour le candidat officiel, celui-ci me ferait nommer immédiatement médecin de la prison. Ce fut là pour moi une révélation, et, je dois le dire, ce ne fut pas une raison suffisante

pour amener mon pavillon. Je répondis que je ne pensais pas avoir besoin de cet appui, que je faisais le service de la prison depuis longtemps, gratuitement, qu'il était incompréhensible que je ne fusse pas nommé officiellement, alors que mon confrère avait donné sa démission en ma faveur, que je voulais conserver mon indépendance et ne point prendre d'engagement pour le candidat officiel, que mon intention était de rester neutre, que cependant, si je n'étais pas nommé, je considérerais cela comme une sorte de passe-droit, et qu'alors, au lieu de rester neutre, je m'occuperais de l'élection législative, mais contre le candidat officiel. Quelques semaines après, le Sous-Préfet me fit part de ma nomination de médecin de la prison, où j'avais comme l'aumônier 150 francs par an. A quelque temps de là, on donna 50 francs de plus à l'aumônier qui n'a que sa messe à dire le dimanche, alors que l'application du règlement oblige le médecin à une visite quotidienne. Je réclamai, et aujourd'hui nous avons l'un et l'autre 200 francs par an.

Mais revenons à notre point de départ; la loi municipale précise en l'article 10 sur les conseillers municipaux, « qu'il n'y a point d'incompatibilité entre ces fonctions et celles de fonctionnaires publics ou exerçant une profession indépendante. ne recevant une indemnité de la commune qu'à raison des services qu'ils lui rendent dans l'exercice de cette profession. »

J'ai l'honneur d'être membre du Conseil municipal de ma petite ville depuis plus de vingt ans; on m'a proposé plus d'une fois de faire partie de l'administration municipale, mais j'étais loin de supposer qu'un règlement nouveau m'obligerait à opter, à l'occasion, entre ces deux fonctions, dont l'une est peu rétribuée et dont l'autre est une charge honorifique. La loi municipale ne voit pas d'incompatibilité dans les fonctions de maire et de médecin de l'hôpital, président de la Commission administrative, chargé conséquemment de contrôler son service, nous en avons un exemple sous nos yeux, et, chose étonnante, actuellement il y aurait incompatibilité entre les fonctions de médecin de la prison et d'administrateur municipal à n'importe quel titre.

Ne devons-nous point protester contre cette anomalie et ne devons-nous pas la signaler à M. le Ministre de l'Intérieur, à la vigilante attention duquel cet article illibéral a sans doute échappé ?

D. Z...

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des vomissements incoercibles des femmes enceintes.

(Dr Dujardin-Beaumetz.)

Donner toutes les heures à la malade deux cuillerées à soupe de la solution suivante.

Chlorhydrate de cocaïne........	0 gr. 50
Eau distillée................	300 gr.

jusqu'à concurrence de 0 gr. 40 de cocaïne dans les 24 heures.

Il importe que les malades soient couchées pour éviter le vertige.

(*Formulaire de L. Duchesne.*)

Pilules contre la constipation.

(Dr Huchard.)

Podophylline........	àâ 0 gr. 50.
Savon médicinal...........	
Extrait de jusquiame........	

pour dix pilules.

Une ou deux le soir en se couchant.

Pour augmenter l'effet de ces pilules, on peut y ajouter soit 0 gr. 10 d'extrait de rhubarbe par pilule ou 0 gr. 10 d'evonymine, ou, si la constipation dépend d'une atonie de l'intestin, un peu d'extrait de noix vomique de 0 gr. 01 à 0 gr. 02 par pilule.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Les améliorations poursuivies par le corps médical. — Une revendication. — Le projet d'assurance mutuelle de M. le docteur Lagoguey.

Les différentes étapes parcourues par l'humanité sont marquées par des institutions qui répondent aux tendances et aux besoins de l'époque qui les a vues naître. A des situations nouvelles on a répondu par des moyens nouveaux, comme à de nouveaux maux on oppose de nouveaux remèdes.

C'est ainsi que de nos jours, en présence de l'individualisme à outrance développé par la soif générale de jouissances, en présence de l'égoïsme étroit et mesquin qui tend chaque jour à devenir prépondérant et à nous ramener en arrière, le sentiment et la nécessité de la solidarité se sont énergiquement affirmés parmi les honnêtes gens de toutes les classes laborieuses de notre société. On pourrait même dire que, dans l'ordre social, ce sentiment forme la caractéristique des temps où nous vivons.

Apporter aux conditions actuelles de l'exercice de la médecine des modifications répondant aux exigences de la vie, c'est-à-dire assurer au médecin une juste rémunération des services qu'il a rendus afin de lui permettre de tenir dans la société le rang auquel il a droit, et, d'autre part, assurer à chacun de nous une existence honorable pour les jours où l'âge ou bien la maladie nous auront contraints à garder le repos; tels sont les deux buts que poursuivent à l'envie tous ceux qui ont réellement à cœur les intérêts de notre professsion.

Dans ces deux ordres d'idées, le *Concours médical*, depuis sa création, a rempli un rôle des plus impor-

tants. Pionnier infatigable, il a successivement remué toutes les questions qui touchent de plus près au Corps médical, provoqué un mouvement de solidarité comme on n'en avait jamais vu se produire jusqu'alors, contribué enfin, pour une très large part, à la création d'institutions qui, sans doute, n'ont pas encore rendu tous les services qu'on est en droit d'en attendre, mais auxquelles les médecins de l'avenir seront redevables d'améliorations importantes.

C'est ainsi que de nombreuses sociétés de défense professionnelle ont pu voir le jour sous le nom de *Syndicats*. C'est ainsi que, malgré des critiques malveillantes et injustes, ou même parfois inconvenantes et grotesques, malgré l'indifférence non justifiée d'une partie de la presse médicale et les insinuations ridicules ou odieuses de gens mal renseignés ou déloyaux; grâce surtout à l'activité infatigable de notre excellent ami M. Lande, la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* est assurée d'un avenir qui répondra aux espérances de ses fondateurs.

Parmi les autres institutions que le *Concours médical* a préconisées et qui certainement se réaliseront un jour, se trouve le projet de création d'une Caisse d'assurance mutuelle contre le chômage causé par la maladie ou les accidents auxquels le médecin est si souvent exposé. Les lecteurs de ce journal n'ont pas oublié les articles qui ont été publiés depuis quelques années à ce sujet.

Dans le numéro du 3 janvier 1885, notre honorable directeur et ami, le docteur Cézilly, publiait précisément, en tête du *Concours médical*, un article intitulé **l'Assurance en cas de maladie et les pupilles du Corps médical.** Parlant de l'Assurance, il disait : « Cette assurance convient au médecin autant que la *Caisse des pensions de retraite*. Elle n'est pas nouvelle ; elle fonctionne, depuis un an, chez nos voisins les médecins anglais. Eux aussi, ils ont profité de l'exemple de la Belgique et constitué une Société médicale d'assurances. » Puis, il ajoutait : « Ce qui est bon en Angleterre doit l'être en France, et, si vous voulez bien vous y prêter, le Comité-directeur de la Caisse des pensions a l'autorité et les lumières nécessaires pour mener à bien cette organisation. »

Or, je trouve dans le numéro du 6 avril dernier de la *Gazette des hôpitaux* une lettre de M. le docteur A. de Cours, rapporteur d'une Commission nommée par la Société médicale du Xe arrondissement de Paris, sur un projet en tout semblable présenté à cette Société par l'honorable docteur Lagoguey. M. le docteur de Cours fait remonter à M. Lagoguey l'*initiative généreuse* de ce projet. Et, comme le nom du *Concours médical* n'est pas même prononcé, j'ai tenu à établir par les citations qui précèdent que, si M. Lagoguey a voulu appliquer aux médecins de la Seine le principe de l'Assurance, il avait été devancé dans cette voie par un homme qui, lui, voudrait le voir adopter par tous les médecins français. L'honneur d'avoir introduit en France l'idée d'Assurance mutuelle entre médecins appartient à notre directeur et non à M. Lagoguey : *Suum cuique!*

Quoiqu'il en soit, voyons en quoi consiste le projet de M. Lagoguey. Au reste, voici le résumé qu'en donne lui-même le rapporteur.

« 1°. On n'admet que des docteurs exerçant exclusivement leur profession et domiciliés dans le département de la Seine ;

« 2° La limite d'âge pour l'admission est fixée à « cinquante ans ;

« 3° La cotisation est de 10 francs par mois ;

« 4° L'indemnité est fixée à 10 francs par jour de « maladie temporaire ou chronique ;

« 5° L'indemnité n'est due que pour une maladie « excédant une durée de huit jours. »

Nous ne voulons point relever les différences ou les analogies qui peuvent exister entre l'œuvre du Dr Lagoguey et les institutions similaires qui fonctionnent à l'étranger. Nous nous réservons d'y revenir quelque jour. Ce sera le moment, alors, de faire une critique plus approfondie du projet de notre honorable confrère ; mais il est quelques points sur lesquels nous voulons, dès maintenant, attirer spécialement l'attention de nos lecteurs.

Nous remarquerons d'abord que, si le projet d'institution dont il s'agit peut être qualifié *d'Assurance mutuelle*, il pourrait aussi bien porter le titre de *Société de secours mutuels*. Cotisation mensuelle ; prime réglée sur le nombre de journées d'incapacité de travail; durée minimum de cette incapacité fixée pour avoir droit à l'indemnité journalière : tels sont les éléments que nous rencontrons dans tous les règlements de sociétés de secours mutuels.

Qu'on prenne les chiffres qui figurent dans ces règlements et qu'on les multiplie par une certaine variable et on obtient, à très peu de chose près, ceux qui sont proposés par M. Lagoguey.

La différence capitale est celle-ci : Dans le projet de notre confrère, l'indemnité quotidienne est toujours la même, quand bien même *l'incapacité de travail serait permanente*, et, de plus, cette indemnité n'est due que pour les cas où l'incapacité de travail offre une durée de *plus de huit jours*.

Il n'est pas douteux que si, dans le second cas, les intérêts de la caisse sont mieux ménagés que ceux de l'Assuré — ou de l'Associé, — dans le premier, au contraire, il est loin d'en être ainsi, et l'avenir pourrait bien réserver, de ce chef, de cuisantes déceptions à nos confrères.

Quoiqu'il en soit, cette *Société de secours mutuels*, se constituant à Paris même, ne démontre-t-elle pas l'insuffisance de notre Association générale même *au point de vue de l'Assistance*?

Est ce à dire que nous considérions la nouvelle venue comme devant dévorer son aînée ? Pas le moins du monde ; elle vient combler une lacune depuis bien longtemps signalée et démontrer, une fois de plus, qu'une seule institution ne saurait prévoir toutes les éventualités et remplir toutes les indications, quelque parfaite qu'on veuille bien la supposer d'ailleurs.

On pourrait reprocher à nos confrères d'avoir voulu limiter l'action de leur société aux seuls médecins exerçant dans le département de la Seine. Nous eussions préféré en voir étendre les bienfaits à tous les médecins Français qui auraient voulu en profiter. C'eût été affirmer d'une façon bien plus énergique la solidarité et la communauté d'intérêts du corps médical. Les instigateurs de la nouvelle société n'en ont pas jugé de même : c'est leur affaire, mais ce que

nous ne saurions admettre, c'est que, la société ne devant se composer que de médecins exerçant exclusivement *leur profession,* le rapporteur vienne dire que « cette combinaison rendra inutile la création d'une caisse de retraite. » Les renseignements fournis par l'honorable Dr de Cours, dans la lettre à *la Gazette des hôpitaux* que nous avons sous les yeux, nous paraissent démontrer tout le contraire.

Si les seuls praticiens peuvent faire partie de la société, le jour où, sans être malades ou infirmes, ils éprouveront le besoin d'abandonner cette rude vie de fatigue et de labeur pour jouir, au déclin de la vie, de quelques moments de repos, ils ne pourront plus compter sur les avantages auxquels ils auraient droit pendant la période d'activité et de travail.

Les ressources auront diminué, puisque les produits de la clientèle ne devront plus entrer en ligne de compte dans la confection du budget; mais les besoins resteront les mêmes, ils s'accroîtront, peut-être, et partant, la gêne ne saurait manquer d'entrer dans la maison. N'est-ce pas alors qu'une retraite, même modeste, sera de toute nécessité ?

Il ne nous paraît pas convenable de laisser subsister des illusions dangereuses. Non, la Société d'Assurance mutuelle ne saurait avoir la prétention à coup sûr exagérée de suffire, elle seule, à assurer au médecin un bien être relatif. Bien organisée, elle offre des avantages, nous le reconnaissons volontiers; mais d'autres institutions viennent à leur tour la compléter et, parmi elles, la Caisse des pensions de retraite du corps médical Français nous paraît tenir une des premières, nous voulons dire la première place.

Dr Ad. Barat Dulaurier.

II

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil

Procès-verbal.

Le syndicat s'est réuni en assemblée générale à Corbeil, Hôtel de Bellevue, le 8 mars 1886.

Etaient présents : MM. Boucher, Daussure, Chérière, de Saint-Martin, Ladmiral, Pépin, Osiecki, Vignes, Chairou président et Surbled secrétaire.

M. le Président ouvre la séance à 2 heures et demie. MM. Loison, Maugenest, Cros, Lamire s'excusent de ne pouvoir assister à la réunion.

Avant d'aborder l'ordre du jour, M. Surbled demande la parole pour exposer l'état des négociations ouvertes avec le syndicat des entrepreneurs pour une assurance mutuelle contre les accidents. Plusieurs modifications proposées sont soumises à l'assemblée qui les repousse et charge le bureau de maintenir le traité primitivement arrêté en réunion plénière.

L'ordre du jour appelle la question de l'inspection des nourrissons. Une récente circulaire préfectorale a profondément blessé tous les confrères. D'un commun accord une protestation est décidée, et votée, après discussion, dans les termes suivants :

Le syndicat, après avoir pris connaissance des nouvelles instructions préfectorales du 15 janvier 1886 relativement à l'inspection des nourrissons, et du questionnaire adressé aux Maires mettant en suspicion tout le corps médical, décide à l'unanimité que le retrait de sa dernière circulaire sera demandé à M. le Préfet de Seine-et-Oise ;

Dans le cas où satisfaction ne serait par donnée aux justes susceptibilités du corps médical, donne mission aux docteurs Ladmiral et Pépin de déclarer au nom de tous les médecins syndiqués de l'arrondissement qu'ils déclinent la mission qui leur a été confiée et charge le bureau du syndicat de notifier cette décision à M. le Préfet.

M. le Président communique à l'assemblée une autre circulaire préfectorale demandant l'avis des médecins sur le meilleur mode de répartition du crédit voté pour le service des indigents. Après échange de vues entre les confrères, le syndicat déclare que le mode de répartition actuel est défectueux et doit être changé; émet le vœu que la commission de répartition soit uniquement composée de délégués élus du corps médical à raison de un par canton.

M. Boucher propose un autre vœu : qu'à l'avenir les communes soient seules chargées de régler le service des indigents avec leurs médecins, et qu'à cet effet une allocation leur soit fournie par le département en proportion du nombre des familles inscrites au bureau de bienfaisance. (Adopté.)

M. de Saint-Martin dépose sur le bureau trois propositions de loi présentées à la Chambre des Députés, dont deux relatives à l'exercice de la médecine et une relative à l'exercice de la pharmacie. Les propositions seront mises à l'étude.

La séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire,
Dr Surbled, de Corbeil.

NÉCROLOGIE

M. Henri Legrand du Saulle, médecin de la Salpêtrière, médecin en chef de l'infirmerie spéciale près le dépôt de la Préfecture de police, expert près les tribunaux, membre fondateur de la Société de médecine légale, ancien président de la Société médico-psychologique, officier de la légion d'honneur, vient de succomber à l'âge de 56 ans.

Il laisse d'unanimes regrets; jamais il n'y eut d'homme meilleur ni de médecin plus passionné pour sa profession.

Son œuvre médico-légale est considérable. Pour ne rappeler que les principaux ouvrages de ce travailleur infatigable, nous citerons ses *Études sur les épileptiques*, les *hystériques*, le *délire de persécution*, la *Validité des testaments*, son grand *Traité de médecine légale et de Jurisprudence médicale*, etc, etc.

Au point de vue médical, il a été l'un des premiers à nous apprendre le parti considérable que l'on peut tirer du bromure de potassium dans le traitement de l'épilepsie, quand on sait l'administrer suivant certaines règles.

Enfin il faut rappeler que, comme médecin de la Préfecture de police, il a, par son courage et sa présence d'esprit, sauvé la vie à des centaines de personnes pendant la Commune; de même que, pendant la période de répression qui a suivi, il a contribué à sauver quelques-uns des vaincus. Tel est bien le rôle du médecin dans les guerres civiles.

Le Directeur Gérant : A. CEZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

On lisait ces jours derniers sous la rubrique *Victime du devoir* un fait-divers fort triste. Il s'agissait d'un jeune chimiste qui, faisant des analyses d'eau de la Seine pour le laboratoire auquel il était attaché en qualité de préparateur, a été projeté dans le fleuve par une secousse imprévue et noyé.

Le jeune homme qui a péri ainsi, portait un nom illustre dans le monde médical. Son père, membre de l'Académie de Médecine, médecin des hôpitaux de Paris, n'a laissé, dit-on, d'autre patrimoine, malgré sa haute situation scientifique, qu'une mémoire honorée entre toutes; car les fonctions considérables qu'il a longtemps exercées et où il a rendu à son pays comme à l'Europe entière les plus signalés services l'empêchaient de demander à la clientèle la fortune que n'eût pas manqué de lui valoir son mérite. Bref on dit que le pauvre jeune savant dont nous déplorons la perte, était le seul soutien de sa mère et de ses sœurs.

En face d'une situation aussi sombre, comment ne pas parler de nouveau avec insistance à nos lecteurs d'un projet sur lequel nous avions attiré leur attention, il y a près de dix-huit mois, celui de créer un *Comité de protection des pupilles du Corps Médical*.

Nous avions fait ressortir les services que pourrait rendre une institution de ce genre. Chaque fois qu'on a tenté une souscription dans le corps médical pour secourir une infortune de l'ordre de celle que nous signalons aujourd'hui, le résultat en a toujours été si mince, souvent même si dérisoire, que personne ne s'y risque plus maintenant. L'Association générale ne pourra jamais donner en pareil cas que des secours passagers et insuffisants, une aumône, fût-elle beaucoup plus riche qu'elle ne l'est. Caisses de retraite, Assurances mutuelles ne sont pas applicables à ces circonstances. La seule solution de ce difficile problème d'assistance serait de pouvoir être utile pendant plusieurs années à une famille de médecin privée de son chef, sans demander de sacrifices pécuniaires au Corps médical. Or, comme nous le disions jadis, en composant un comité de protection d'un grand nombre de notabilités appartenant aux grandes administrations publiques et aux ministères, à la Faculté, à l'Académie, au corps médical des hôpitaux, on obtiendrait souvent, grâce au crédit de ses membres, des places, des bourses, en tout cas des appuis ou des conseils.

Une victime de la science, c'est ce jeune étudiant péruvien dont la *Revue Scientifique* vient de nous faire connaître la triste fin.

« Un étudiant en médecine péruvien vient de payer de sa vie une expérience volontairement faite sur lui-même pour l'étude d'une maladie infectieuse spéciale au Pérou. Cet étudiant, nommé Daniel Carrion, voulant faire sa thèse sur la *veruga*, ou fièvre d'Ovoya, se fit inoculer le virus pris dans une pustule de malade atteint de cette affection. Au bout d'un mois, les premiers symptômes du mal se manifestèrent, consistant en une fièvre violente, survenant par accès, en douleurs atroces dans les os et les jointures; enfin, dans l'impossibilité de prendre le moindre repos, ou de garder les aliments. Le malade ne se crut pas en danger, car ces symptômes sont ceux que l'on observe durant la première phase du mal, pendant que les pustules demeurent internes; mais les symptômes s'accentuèrent et le malade fut à tel point épuisé qu'il ne put atteindre

la deuxième phase, celle où les pustules se font dans la peau et s'ouvrent au dehors ; il mourut pendant que ces dernières commençaient à se former.

« Les funérailles de Carrion ont été célébrées avec pompe, mais les autorités sont occupées à poursuivre les médecins qui ont assisté Carrion dans son étude expérimentale, en l'aidant à s'inoculer le virus; elles les considèrent comme les complices d'une tentative de suicide.

« La fatale issue de l'expérience de Carrion a provoqué la publication dans bon nombre de journaux médicaux, de détails, peu circonstanciés d'ailleurs, sur la nature de la *veruga peruana*.

« Cette maladie est spéciale au Pérou, et ne se manifeste que dans certaines localités situées à une altitude assez considérable (3,000 à 7,500 pieds anglais au-dessus du niveau de la mer). C'est une maladie fébrile, caractérisée par de l'anémie et par l'apparition de pustules uombreuses. Le docteur Isquierdo (de Santiago) croit avoir découvert un bacille spécifique. L'affection est ancienue ; dès 1540, Augustin Zarate parle d'une région où elle est très répandue ; du reste, elle est connue depuis l'époque des Incas. Elle a été très fréquente en 1870, époque où les terres furent beaucoup remuées pour la pose des traverses de chemin de fer. Cette coïncidence est intéressante, étant donné que les travaux du Saint-Gothard et de l'isthme de Pauama ont aussi donné lieu à certaines manifestations épidémiques. L'on s'occupe beaucoup en ce moment de l'étiologie de la *veruga peruana*, au Pérou, et il y a lieu de croire que l'on arrivera à quelques résultats intéressants. A cet égard, la mort de Carrion n'aura pas été inutile. »

Il arrive souvent que le médecin soit consulté au sujet des précautions à prendre entre conjoints ou membres d'une même famille, lorsque dans cette famille existe un phtisique. M. le professeur Grancher rappelait dans une de ses dernières leçons cliniques divers faits qui éclairent la question.

Il est prouvé depuis les expériences de Villemin que les *sueurs* des phthisiques ne sont pas contagionnantes, puisque les cobayes ou lapins que le médecin du Val-de-Grâce faisait vivre sur des gilets de flanelle imprégnés de sueurs de phthisiques ne devenaient jamais tuberculeux.

L'air expiré par les phthisiques peut-il donner la tuberculose? Question fort importante, qui a été posée depuis le jour où on a eu la démonstration de la présence de l'agent virulent dans les sécrétions bronchopulmonaires des phthisiques. Des expériences imparfaites, communiquées à l'Académie des Sciences par M. Gibout, avaient pu faire croire à la présence de bacilles, dans l'air expiré par les phthisiques; mais des expériences en nombre suffisant, conduites avec une rigueur inattaquable par M. Grancher et son élève M. de Gennes, out tranché la question dans le sens négatif. Ces messieurs n'ont pu rendre tuberculeux des cobayes en les faisant respirer longtemps dans l'air expiré par les phthisiques.

L'ageut de la contagion par excellence, c'est le *crachat*, la chose est démontrée depuis le jour où Villemin a rendu tuberculeux les cobayes ou lapins qu'il faisait vivre sur une litière de coton saupoudrée de crachats de phthisiques. C'est à leur stérilisation qu'on doit donc surtout s'attacher.

Il ne faut pas compter sur l'acide phénique, ni sur le permanganate de potasse ni sur le sulfate de fer, ni même sur le sulfate de cuivre pour obtenir ce résultat. Les solutions de sublimé y réussiraient si on les employait en quantité beaucoup plus considérable que la quantité de crachats qu'on veut détruire. Quoi qu'on ait dit à l'Office sanitaire de Berlin, les recherches de M. Grancher ont prouvé que la solution de sublimé à 1 p. 1 000 détruit bien le bacille tuberculeux, mais pour qu'un crachat soit stérilisé, il faut que toutes ses parties aient été en contact avec le sublimé, et pratiquement ce n'est guère facile.

L'eau bouillante est le moyen le plus pratique ; dès 90°, la bacille est stérilisé ; mais il faut encore que, la chaleur coagulant l'albumine des couches superficielles du crachat, les bacilles des parties centrales n'aient pas continué à végéter. On devra donc faire séjourner assez longtemps les crachats dans une quantité suffisante d'eau bouillante.

C'est surtout quand il s'agit de la destruction des crachats et du nettoyage des crachoirs dans les hôpitaux que la question est difficile à résoudre, vu la grande quantité des produits expectorés en présence desquels on se trouve. M. Lailler, médecin de Saint-Louis, membre du comité d'hygiène des médecins des hôpitaux, après avoir pris connaissance des expériences de M. Grancher, avait cru trouver la solution du problème dans la destruction du crachoir lui-même avec son contenu ; mais, en adoptant même les crachoirs les plus simples en bois, on crée une source de dépense trop grande. Peut-être la solution du problème se trouvera-t-elle dans l'adoption d'appareils projetant de la vapeur sous pression à une température assez élevée d'après le principe que nous avons signalé à propos d'un rapport de M. Grancher à la Société d'hygiène (1).

Le *lait* des femmes tuberculeuses, comme celui des vaches tuberculeuses, ne contient de bacilles que dans les cas où existent des tubercules ulcérés dans les conduits galactophores. Ce n'est donc pas en allaitant son enfant, quand elle n'a aucune lésion du sein, qu'une mère ou une nourrice peuvent tuberculiser un enfant.

Ce dont il faut se défier, c'est de tous les produits issus du tube digestif des tuberculeux. Les linges contaminés par leur diarrhée doivent être immédiatement jetés dans l'eau bouillante. Quant à l'habitude qu'ont trop de personnes de donner aux jeunes enfants des bonbons ou des aliments qu'elles ont déjà tenus dans leur bouche, c'est une habitude non seulement malpropre, mais dangereuse pour les enfants, si ces personnes sont suspectes de tuberculose.

Le succès du festival organisé par la *Conférence Scientia* au Trocadéro au bénéfice de l'Institut Pasteur n'a pas dû causer grande joie aux détracteurs de l'œuvre pastorienne. Le bon sens public ne se laisse pas influencer par leurs critiques injustes.

Les meilleurs artistes de Paris et quelques-uns

(1) Voir *Concours Médical*, 1886.

venus de l'étranger avaient fait salle comble. Détachons les détails suivants d'un des principaux journaux du matin :

« On disait à la sortie que la recette dépasserait 48,000 fr. Dans ce chiffre ne sont pas compris les 2,000 fr. que Rubinstein avait envoyés, empêché qu'il était de fournir sa contribution... artistique.

Le festival a eu pour épilogue un grand banquet offert par les membres de la conférence *Scientia*.

M. Chevreul n'ayant pu le présider, il a été remplacé par l'amiral Jurien de la Gravière.

Il y a eu des toasts. Il y a eu même la note gracieuse et touchante. Au dessert une fillette de onze à douze ans, tenant à la main une énorme touffe de roses, a fait irruption dans la salle du banquet, et s'est jetée au cou de M. Pasteur, les yeux pleins de larmes, et balbutiant, au milieu de ses sanglots : Merci ! merci !

Cette enfant est la jeune princesse Ggyska, d'une des plus grandes familles de la Valachie, qui, mordue par un chien enragé, était depuis un mois en traitement à la rue d'Ulm. Demain, complètement guérie, elle repart pour aller retrouver sa famille. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE (séance du 11 mai.)

— MM. les docteurs Duguet et Héricourt écrivent que leurs expériences sur le microsporon furfur et ses relations avec le bacille de la tuberculose n'ont pas la valeur démonstrative qu'ils leur avaient attribuée.

— La commission nommée à la demande de M. Pasteur pour trancher expérimentalement le différend qui s'est élevé entre lui et M. Béchamp, se compose de MM. Cornil, Gautier, Laboulbène, Ranvier, Sappey, Schutzenberger, Villemin.

— M. *Trasbot* a été élu membre titulaire dans la section de médecine vétérinaire par 62 voix contre 3 données à M. Mégnin et 2 à M. Weber.

— M. *Vidal* a présenté, au nom de M. Dubrandy, une production cornée enlevée par ce praticien sur le cuir chevelu d'une femme de 57 ans.

Cette corne mesurait 25 centimètre de long et avait une circonférence de 6 centimètres : spiroïde, très dure et de couleur rouge foncée, elle existait depuis dix-sept ans.

— M. *A Gautier* a fait une réponse très vive à M. Béchamp à propos des attaques personnelles qu'il avait essuyées de la part de celui-ci. Il l'a fait avec esprit, ainsi qu'on en peut juger par la phrase suivante :

« J'ai pu constater la fermeté des croyances scientifiques, j'allais dire philosophiques, de M. Béchamp, mais je suis frappé, je l'avoue, bien plus par l'abus qu'il fait des affirmations, des protestations, des anathèmes que par la clarté, la force et le poids des arguments. Il m'accordera, je pense, que les expériences innombrables faites par lui depuis trente années dans le but d'établir sa théorie doivent manquer soit par le fond, soit par la forme, puisque, à l'exception de quelques adeptes, elles ne s'imposent pas. »

Nous ne pouvons donner à nos lecteurs l'analyse du discours de M. Gautier où les arguments sont presque exclusivement d'ordre chimique.

La discussion sur les ptomaïnes et microzymas a été déclarée close. Il ne reste plus qu'à attendre l'issue des expériences faites par M. Béchamp devant la commission. Nous résumerons alors nos impressions sur cette longue et mémorable querelle, qui n'aura peut-être pas porté beaucoup de fruits.

PHILOSOPHIE MÉDICALE

LA DOCTRINE DES MICROZYMAS.

M. H. Arnaud, dont le *Concours Médical* a inséré dans les années précédentes plusieurs travaux, se réclame de sa collaboration passée pour nous demander l'insertion d'une apologie de la doctrine des microzymas. Nous ferons volontiers droit à sa demande, ne fût-ce que pour lui prouver que nous *n'organisons pas, comme il nous en accuse, la conspiration du silence contre M. Béchamp*.

Si nous n'avons pas parlé avec plus de détails des communications de M. Béchamp à l'Académie, c'est que nous nous imposons comme règle absolue de n'entretenir nos lecteurs que des faits et événements médicaux intéressant la pratique. Ce qui est purement doctrinal ne saurait trouver place dans nos colonnes trop peu nombreuses. C'est donc par exception et par courtoisie pour notre confrère que nous publions son travail, d'ailleurs fort bien conduit, comme tout ce qu'il entreprend.

Mais nous devons déclarer d'avance que ses idées n'engagent point la rédaction du journal. Pour moi, si j'ai exprimé « d'une façon quelque peu tranchante » mon opinion sur la valeur des doctrines de M. Béchamp, c'est que je les estime nuisibles. Elles risquent en effet de jeter le doute dans l'esprit d'un certain nombre de médecins qui, incapables de vérifier par eux-mêmes les découvertes microbiologiques contemporaines, et se sentant à leur égard *quelque défiance*, pourraient saisir avec empressement l'occasion de se retrancher derrière les rêveries de M. Béchamp pour ne pas accepter les faits positifs prouvés par M. Pasteur.

P. LE GENDRE.

Monsieur le Directeur,

Je trouve dans le *Concours médical* (n° du 24 avril 1886, p. 195) une appréciation de la théorie des microzymas qui conclut en ces termes : « De telles explications expliquent-elles quelle chose ? Verba prœterea que nihil. » Cette opinion quelque peu tranchante de votre collaborateur ne me paraît pas suffisamment justifiée, et elle est tellement différente de la mienne, que j'ai résolu de faire appel à votre impartialité, et de vous prier d'insérer dans vos colonnes l'exposé de ma manière de voir personnelle relativement à la théorie de M. Béchamp. Aussi bien il me semble que l'on a assez longtemps organisé la conspiration du silence contre cette doctrine, dont le tort le plus grave est peut-être de ne pas émaner d'une de nos sommités médicales parisiennes. L'occasion se présente pour moi de la discuter au grand jour, permettez-moi d'en profiter ; je tâcherai d'être bref.

Je tiens d'abord à le déclarer nettement : je suis loin d'approuver toutes les conclusions dans lesquelles M. Béchamp a résumé sa dernière communication à l'Académie de Médecine. Ainsi je considère comme pure hypothèse l'affirmation que les microzymas sont des éléments « physiologiquement impérissables. »

La négation de l'existence normale, indépendante des microbes, de l'influence des germes atmosphériques dans la production des maladies, également professée par M. Béchamp me paraît une assertion absolument erronée. Je suis microbien, admirateur des belles et fécondes recherches de notre illustre Pasteur. Comment douter de l'excellence d'une doctrine qui s'affirme par d'aussi merveilleuses applications pratiques ? J'ai la conviction qu'un certain nombre de maladies des organismes supérieurs, dites infectieuses et contagieuses, reconnaissent pour cause la pénétration et la multiplication dans ces organismes de germes vivants particuliers ! (1).

Et, s'il est actuellement impossible d'être fixé sur l'origine primitive réelle de ces microbes, on peut affirmer sans crainte, d'après les données certaines de l'observation et de l'expérience, que ces microorganismes sont capables de vivre d'une vie indépendante dans le milieu terrestre ordinaire, de s'y multiplier, enfin d'y conserver indéfiniment leurs propriétés morbifiques. C'est là ce que M. Béchamp a le tort de contester.

Mais indépendamment de quelques hypothèses et négations non justifiées, il y a dans la théorie des microzymas des affirmations positives, basées sur l'expérience et dignes de toute notre attention.

Les recherches des histologistes, en particulier de Schwann, de Virchow, etc., ont eu pour résultat d'établir que tous nos tissus sont des agrégations de cellules. N'ayant rien trouvé de plus simple dans l'organisme, ces observateurs avaient considéré la cellule comme le dernier terme de l'analyse anatomique et physiologique. On sait le retentissement qu'a eu cette conception en physiologie et en médecine ; un champ nouveau s'ouvrait aux explorateurs, la recherche des modifications pathologiques de la cellule vivante. — Avec M. Béchamp un autre pas en avant a été fait dans la voie analytique : la cellule n'est plus une unité simple, irréductible, elle est devenue un tout complexe ; dans sa partie essentielle, dans le protoplasma granuleux, l'observateur peut distinguer deux éléments principaux, une *substance amorphe* et des *granulations organisées*. On peut ajouter que les mêmes éléments, substance amorphe et granulations organisées, se retrouvent en dehors de la cellule, dans la substance intercellulaire, comme on peut s'en assurer par le plus simple examen.

Au point de vue physiologique, on aboutit à des conséquences identiques ; dans la cellule, comme en dehors d'elle, l'élément essentiellement actif, vivant, c'est l'élément solide, irréductible, partout répandu, c'est la granulation organisée, c'est le microzyma. Sans lui il n'y a pas de vie qui soit possible, ni celle de l'organisme, ni celle de la cellule ; mais on peut démontrer la persistance de la vie du microzyma, alors que toute vie d'organe et de cellule est éteinte. Considérons par exemple ce qui se passe dans un organisme humain qui vient de mourir subitement. Après que le fonctionnement du cœur et de l'appareil respiratoire a définitivement cessé, après que tous les organes, toutes les cellules ont à jamais fini de vivre, après que toute fonction, toute nutrition a été irrévocablement supprimée, est-ce que à ce moment tout est mort dans le cadavre ; est-ce que toute manifestation vitale y a pris fin avec la dernière lueur de la vie cellulaire ? Non, il y a encore échange matériel, chaleur produite ; il y a fermentation, putréfaction ; c'est encore là de la vie. D'où provient en effet cette putréfaction ? De la vie propre, indépendante des microzymas, de leur évolution spéciale se traduisant par le passage de la forme granuleuse à la forme bactérienne.

Mais, objectera-t-on, ces bactéries que l'on trouve dans l'organisme après la mort, elles proviennent des germes de l'air extérieur qui s'attaquent à l'organisme, s'y introduisent, y trouvent un milieu favorable à leur évolution, à leur multiplication. Eh bien ! non ; je ne puis admettre une telle explication du phénomène. Que la pénétration des microbes soit possible à l'état pathologique, alors que la résistance de l'organisme aux causes de destruction est notablement affaiblie, je veux bien l'accorder ; mais dans l'exemple que nous avons choisi, quand le passage de la vie à la mort est soudain, immédiat, comment serait possible la pénétration des germes atmosphériques ? S'effectuerait-elle pendant la vie, pendant la santé ? Comment se fait-il donc que la santé ne soit nullement troublée par cette invasion de parasites ? Comment comprendra-t-on ce séjour dans l'organisme de corps étrangers qui vivent et se multiplient, et demeurent complètement inoffensifs ? On ne peut s'arrêter sérieusement à une telle hypothèse. C'est donc après la mort que l'introduction des microbes a eu lieu ? Et dans ce cas comment expliquera-t-on la migration si rapide des microorganismes dans les parties les plus profondes, leur répartition si constante, si régulière dans les diverses régions du corps organisé, à un moment où l'absorption se supprime, où la circulation s'interrompt, où par suite la communication n'est plus possible entre les parties éloignées de l'organisme. Il semble donc bien plus simple, plus rationnel d'admettre le développement sur place des bactéries, indépendamment des germes de l'air.

(1) Sans entrer à cet égard dans une démonstration complète qui serait trop longue, il me suffira de dire que je ne puis concevoir un corps brut, un poison ordinaire, qui, après avoir pénétré dans l'organisme, y séjourne en silence pendant une période déterminée et ne se décide à produire ses effets délétères qu'après cette période dite d'incubation. Serait-ce d'ailleurs un poison ordinaire, qui, dilué à dose infinitésimale dans un liquide inerte de culture, communiquerait à toutes les parcelles de ce liquide non seulement une puissance toxique égale à la sienne, mais encore la propriété de conférer la même puissance délétère à de nouvelles quantités de liquide inerte ? Serait-ce un poison véritable qui, introduit dans un organisme vivant, n'y épuiserait pas son action, rendrait cet organisme apte à provoquer une intoxication de même nature chez un nombre indéfini d'organismes semblables, lesquels deviendraient à leur tour des causes d'empoisonnement non moins énergiques vis-à-vis de nouveaux organismes sains ? En présence de tels phénomènes, il me semble impossible de ne pas admettre une cause vivante aux maladies infectieuses, contagieuses et virulentes (Arnaud).

Cette interprétation naturelle des phénomènes qu'indique la simple observation est de tout point confirmée par l'expérimentation elle-même. Que l'on prenne une partie quelconque d'un organisme supérieur vivant, — fragment de foie, de muscle, de substance nerveuse, — qu'on le place immédiatement dans un milieu où les germes de l'air ne puissent vivre, par exemple dans de l'acide chromique concentré (Servel), dans de la paraffine fondue et bouillante, dans un milieu porté à la température de 140° : dans tous ces cas, malgré l'absence complète de tout microbe vivant, de tout germe atmosphérique, on observe encore dans la profondeur des tissus la formation des bactéries. C'est donc bien par des éléments existant dans ces tissus, survivant à tout, même aux cellules, que ces bactéries ont été formées; c'est par des microzymas.

On est donc conduit à admettre comme unité vivante organisée, comme base de toute organisation et de toute vie un élément particulier, la granulation irréductible, le microzyma : c'est dans l'affirmation de ce fait que réside essentiellement la doctrine de M. Béchamp, et, comme on le voit, ce n'est pas là une pure conception métaphysique, c'est une vérité positive expérimentalement démontrée (1).

Il est facile de comprendre l'importance de cette donnée nouvelle, au point de vue de l'interprétation des phénomènes de la vie ; je me contenterai de dire quelques mots de son importance non moins considérable dans le domaine médical : l'horizon de l'anatomie et de la physiologie pathologique se trouve par elle considérablement élargi ; on ne doit plus se borner à la recherche des altérations cellulaires dans les maladies; il faut également tenir compte des altérations fonctionnelles et morphologiques des microzymas.

Quelle que que soit sa cause, la maladie consiste toujours dans une atteinte de la substance vivante, dans une lésion accessible ou non à nos moyens de recherche, dans une évolution anormale de l'organisme, dans un processus pathologique. On connaît déjà un certain nombre de ces processus généraux et locaux, dont les plus fréquents, les mieux étudiés sont l'inflammation et la fièvre. Mais tous les processus morbides sont-ils actuellement connus? L'inflammation, telle qu'on l'envisage habituellement, est-elle un processus unique, ou plusieurs processus de nature différente sont-ils confondus sous ce même nom d'inflammation? Peut-être est-ce dans l'étude du microzyma à l'état pathologique que l'on trouvera à ces questions, à d'autres non moins intéressantes, une réponse positive.

Quoi qu'il en soit, un fait apparaît d'ores et déjà dont la signification ne doit pas être méconnue.

En réalité le microzyma ne diffère essentiellement du microbe que par son origine. Celui-ci vient du dehors; c'est un élément étranger qui peut pénétrer dans l'organisme, mais qui y vit en parasite, en y déterminant la maladie; le microzyma au contraire est un élément normal de ce même organisme, susceptible de subir une déviation fonctionnelle ou morphologique anormale, sous l'influence des causes morbides diverses, microbiennes ou autres; mais je le répète, le microzyma et le microbe ne se distinguent nettement l'un de l'autre par aucun caracère fondamental, leur analogie est grande soit dans la forme, soit dans la constitution, soit dans l'évolution, soit dans les propriétés générales. Sans doute, on connaît bien un certain nombre de microbes dont les formes et les propriétés sont tellement caractéristiques, qu'il est difficile de les méconnaître et de les confondre avec d'autres éléments. (Tel est, par exemple, le microbe de la tuberculose). Il n'est pas moins vrai que, en présence d'une granulation ou d'un bâtonnet microscopique, on pourra parfois être dans le doute sur la nature microbienne ou microzymateuse de la particule examinée ; dans certains cas pathologiques il sera même possible que des erreurs d'observation soient commises et que l'on prenne de simples modifications morbides des microzymas normaux pour de véritables microbes. Voilà ce qu'il importe au plus haut degré de ne pas oublier.

N'a-t-on pas commis une erreur de ce genre quand on a cru découvrir des microbes dans des maladies telles que la pneumonie fibrineuse, et jusque dans la gangrène? (1).

Quelle que soit l'importance pathogénique que l'on accorde aux microbes, on ne saurait prétendre expliquer par eux la genèse de toutes les maladies. Il y aura toujours, quoi qu'on fasse, un nombre considérable d'états pathologiques dont l'étiologie sera indépendante des micro-organismes. Les agents extérieurs physiques, chimiques et mécaniques, les poisons organiques et minéraux peuvent exercer directement par eux-mêmes une action délétère sur l'organisme; ils peuvent produire sa mort; ils peuvent aussi provoquer sa maladie. Il y aura toujours des maladies par excès de froid, comme par excès de chaleur; on admettra toujours des cas d'alcoolisme et de tabagisme; les excès de travail amèneront toujours des maladies, tout aussi indépendantes de l'influence microbienne. Quelques enfants terribles de l'école de Pasteur, voulant à tout prix étendre le domaine des affections parasitaires, ont tenu à ranger parmi ces dernières la pneumonie fibrineuse, la gangrène, et même le rhumatisme articulaire! Le bon sens médical protestera toujours contre de telles exagérations. Qu'il existe des pneumonies de nature microbienne, telles que les pneumonies varioleuses, scarlatineuses, diphthériques, etc. Je l'accorde volontiers; mais c'est dépasser les bornes que de découvrir des microbes spéciaux dans la vulgaire pneumonie à frigore, et dans la gangrène elle-même. Ne pouvant mettre en doute la bonne foi des observateurs, je pense simple-

(1) C'est ce que démontrera... peut-être M. Béchamp devant la commission de l'Académie. Jusque là nous nierons la transformation du microzyma en bactérie. P. L. G.

(1) Nous sommes obligé de faire de nouveau cette réserve expresse que les affirmations de M. Arnaud n'engagent que lui. Toutes les personnes qui ont fait cette recherche, suivant la technique nécessaire, ont constaté des microbes dans les préparations de pneumonie et de gangrène. Si la valeur pathogénique de ces microbes n'est pas invinciblement démontrée, elle est au moins des plus probables. Nous renvoyons ceux de nos lecteurs qui voudront juger contradictoirement les idées de MM. Béchamp et Arnaud au tr ité des Bactéries de Cornil et Babès. P. L. G.

ment qu'on a dû prendre pour la cause de la pneumonie le produit du processus pneumonique, la déviation morphologique des microzymas qui est inhérente à ce processus.

Je n'insiste pas davantage ; je m'aperçois que je deviens long et je me hâte de conclure.

En résumé, il existe certainement des microbes, répandus à profusion dans le milieu terrestre, sur la provenance primitive desquels nous n'avons aucune donnée positive ; nous pouvons seulement affirmer que ces microbes sont capables de vivre, de se multiplier au sein du milieu atmosphérique, dans une complète indépendance par rapport aux autres organismes ; ils peuvent enfin conserver indéfiniment dans ce milieu leurs propriétés distinctives. Quelques-uns de ces micro-organismes par leur pénétration, par leur séjour, par leur multiplication dans les organismes supérieurs peuvent y engendrer les maladies qui ont reçu le nom d'infectieuses, de contagieuses, de virulentes.

Mais il existe certainement aussi dans l'intimité des tissus un nombre infini de particules vivantes, morphologiquement comparables aux germes microbiens, qui constituent les unités organisées irréductibles, les éléments essentiellement vivants soit de la cellule, soit de la substance intercellulaire : ce sont les microzymas.

Tandis que les microbes sont les causes évidentes d'un certain nombre de nos maladies (non de toutes) rien ne démontre encore dans l'état actuel de la science le rôle des microzymas dans la genèse des maladies ; pourtant ce rôle n'est pas absolument inadmissible, dans un certain nombre de cas.

Les microzymas, en subissant l'action des diverses causes délétères, peuvent présenter des déviations de leur type primitif, dont la plus connue est la forme bactérienne ; il serait très utile de connaître la nature de ces déviations du microzyma dans les divers processus pathologiques.

Il importe enfin de ne pas oublier l'analogie profonde d'aspect, que présentent avec le microbe, le microzyma et les formes qui en dérivent, et il faut éviter soigneusement de confondre dans l'organisme l'effet avec la cause, de prendre pour un microbe un microzyma plus ou moins modifié.

Telles sont les propositions dans lesquelles je crois devoir résumer ma pensée. Après avoir étudié la question sans parti pris, sans enthousiasme, avec la ferme intention de m'instruire et d'arriver à la vérité, je reste convaincu que, si M. Pasteur a rendu à la science et à l'humanité des services incontestables, s'il a découvert en quelque sorte l'une des causes les plus puissantes, les plus inaccessibles de la maladie ; s'il a trouvé le moyen inespéré de combattre victorieusement quelques-unes de ses causes ; s'il mérite enfin dans l'histoire de la science une place à part et sans égale ; un jour viendra sans nul doute où l'on rendra aussi justice aux efforts de M. Béchamp, et de M. Estor, son fidèle collaborateur ; où l'on saura apprécier à sa juste valeur, en la dégageant de quelques erreurs secondaires, leur belle théorie ; où l'on comprendra l'importance de la découverte du microzyma ; où l'on se ralliera à la conception générale de l'être organisé qui s'y rattache ; où l'on complétera enfin la connaissance des processus pathologiques, l'intelligence de leur nature par l'étude des modifications morbides du microzyma.

H. ARNAUD (de la Jasse).

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Conseil de Direction de la

Société civile du Concours médical

Réunion du 1er mai 1886.

Sont présents : MM. Cézilly, Gassot, Maurat.— M. le docteur Gibert, absent, s'est excusé par lettre.

Le Secrétaire-trésorier donne lecture de la situation financière de la Société.

Actif.

Depuis notre dernière réunion du 21 novembre 1885, grâce au journal le *Concours médical*, il a été fait don à la Caisse de la Société d'une somme totale de	115 »
Elle a, en outre, encaissé en coupons échus la somme de	385 25
Son avoir disponible au 21 novembre 1885 était de	151 26
	651 51

Passif.

Réunion de novembre 1885.

Jetons et déplacements	110 »	
Frais de réception	51 25	
Réunion du 13 février 1886.		
Frais de réception	50 50	
		211 75
L'avoir disponible au 15 avril 1886 est donc de		439 76
En outre, depuis notre dernière réunion, la Société civile a reçu 12 adhésions qui (frais de recouvrement déduits) ont produit une somme de		118 90
Mais, d'après les Statuts, cette somme doit être ajoutée au capital inaliénable et, jointe au reliquat de		13 63
Elle porte l'avoir non disponible à		132 53

L'état général de la Caisse est donc :

Valeurs en caisse (prix d'achat)	29,986 37
Avoir non disponible	132 83
Avoir disponible	439 76
Total	30,558 66

Le trésorier propose d'effectuer à la Caisse des pensions de retraite le versement du don de 200 fr. prévu dans le budget des dépenses 1886 et voté par l'Assemblée générale dans un but de propagande. — Cette proposition est votée.

Vient ensuite à l'ordre du jour de la réunion la question de la Caisse de prévoyance des assurés sur

la vie. Le Secrétaire prend la parole pour donner lecture du rapport qui lui avait été demandé en novembre dernier sur cette question.

CAISSE DE PRÉVOYANCE

Messieurs,

Dans notre dernière séance, nous avons abordé la question relative au fonctionnement de notre Caisse de prévoyance pour les assurés sur la vie et diverses observations graves ont été faites.

Je crois qu'il est bon, avant d'aller plus loin, d'établir sa situation et de discuter certaines éventualités qui peuvent se présenter.

Cette Caisse, vous le savez, est alimentée par un versement unique fait par la Compagnie et variant de 10 à 40 p. 100 de la première prime que paye l'assuré, selon le mode d'assurance qu'il a contracté. Cette Caisse possédait fin décembre dernier une somme de 7377 fr. 81 c., qui s'est un peu augmentée depuis cette époque.

En parcourant le tableau des assurances contractées depuis sa création, une chose frappe tout d'abord les yeux, c'est que, sur 39 assurances contractées, il n'y a pas moins de dix variétés de combinaisons adoptées par les divers assurés. Cependant, toutes ces variétés peuvent se réduire à deux groupes principaux :

L'un comprenant les assurances qui procurent un certain capital à époques déterminées (mixte 20 ans, mixte 25 ans, vie entière, etc., etc.).

L'autre comprenant les assurances qui, outre ce capital déterminé, donnent, en cas de survie, certaines sommes soumises à des éventualités. En un mot, les assurances faites avec accumulation de bénéfices pendant un temps déterminé.

Ce dernier groupe est de beaucoup le plus nombreux (27 contre 12 des premières, sur 39) et pourrait mettre l'existence de la Caisse en péril si, fort heureusement, les Statuts n'avaient implicitement prévu cette difficulté.

En effet, ces Statuts, qui ont été publiés à diverses reprises dans le *Concours médical*, et notamment dans son numéro du 29 août 1885, disent : « Art. 9 : Dès la cinquième année révolue, tout assuré qui réclame le versement de sa prime par la Caisse de prévoyance *transfère sa police à celle-ci*. Ce transfert devient un gage de prêt. *En aucune circonstance, la Caisse ne peut éprouver aucune perte du chef de ce prêt*, etc., etc.

Cette inaptitude à aucune perte est, en effet, la condition *sine quâ non* de l'existence de notre Caisse, qui, sans cela, pourrait être absorbée par un seul assuré sans espoir de retour, et il est fort heureux que les fondateurs l'aient inscrite dans les Statuts.

Je m'explique. Qu'arrive-t-il, en effet, quand un assuré se trouve dans l'impossibilité d'effectuer le versement de sa prime ? — Si l'assuré appartient au premier groupe, dont j'ai parlé plus haut, sa police a toujours une valeur qui peut lui être remboursée ou qui devient entre les mains d'un prêteur (la Caisse dans notre cas) un gage absolument certain.

Si, au contraire, l'assuré appartient au deuxième groupe, malheureusement je le répète, de beaucoup le plus nombreux, la situation change complètement. En raison de sa police d'accumulation des bénéfices il a en quelque sorte contracté une assurance de survie, et, s'il cesse de verser une seule prime, fût-ce la dernière, il se trouve complètement déchu de tout droit sur les sommes versées antérieurement. En un mot, son contrat n'est pas négociable et n'offre aucune garantie à la Caisse qui lui avancerait les versements restant à faire.

Mais, me direz-vous, la Caisse, se substituant à lui, peut effectuer tous ses versements et ne rien perdre lors de la réalisation de l'assurance arrivée à son terme. Ce serait vrai, en effet, si la Caisse était inépuisable et assurée de pouvoir effectuer tous ces versements. Mais, qu'elle devienne vide momentanément (cas prévu par l'article 12 des Statuts) et ne puisse faire *un* versement *ipso facto*, toutes ses avances sont perdues sans retour, et j'ajoute sans bénéfice pour le sociétaire.

Un exemple pris parmi nos assurés rendra la question plus intelligible. M. le docteur X... a contracté une assurance mixte 15 ans, accumulation 15 ans. Il paye une prime annuelle de 2101 francs. Si, un jour, cet assuré venait demander à la Caisse de lui venir en aide et de faire ses versements, notre pauvre Caisse serait vide en trois ans (admettant même qu'il soit seul à réclamer son appui), et la quatrième année, ni lui, ni la Caisse ne pouvant payer la prime, tout est perdu et elle aurait fini d'exister.

A cet état de choses, il n'est, à mon avis, qu'un remède garantissant la Caisse et aussi les intérêts de tous ses ayant-droit, c'est :

1° Qu'aucun versement ne soit consenti que contre des garanties sérieuses et que ceux des assurés dont la police n'est pas négociable soient tenus de fournir d'autres garanties ;

2° Qu'en cas d'impossibilité absolue de pouvoir fournir ces garanties, la Caisse ne vienne en aide au participant que jusqu'à concurrence de la somme versée par la Compagnie sur son contrat et après signature d'une renonciation formelle à tous droits sur cette Caisse commune.

Ces mesures, inspirées par l'esprit même des Statuts et le désir de sauvegarder les intérêts de la généralité des assurés, n'ont évidemment aucun besoin d'être soumises à la ratification d'une assemblée, mais il serait bon que les intéressés en fussent informés, et j'ai l'honneur de vous proposer l'envoi de ce rapport à chacun d'eux. »

La réunion adopte les conclusions du rapport et décide que le numéro du journal dans lequel il sera imprimé devra être adressé spécialement sous pli recommandé à chaque intéressé.

Le Secrétaire-trésorier,

Dr MAURAT.

Le Conseil de direction examine ensuite les deux intéressantes questions de l'*Assurance contre la maladie entre médecins* et celle des *Pupilles du Corps médical*, proposées par le directeur de la Société.

Il décide que l'étude de ces deux questions va être à l'ordre du jour dans les colonnes du journal.

M. le docteur Gassot veut bien se charger de préparer les éléments de la solution de la question des Pupilles.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

Séance générale annuelle de 1886.

L'assemblée générale a eu lieu, le dimanche 2 mai, dans les salons de Véfour, au Palais-Royal.

La veille, le Comité des censeurs, réuni au Comité directeur, avait examiné les comptes du Trésorier et leur avait donné sa complète approbation.

La séance générale a été ouverte par une courte allocution de M. le Président Dujardin-Beaumetz. Puis l'Assemblée a entendu la lecture du compte rendu du Secrétaire général, M. Lande, et celle du rapport du Trésorier, M. Verdalle.

L'Assemblée vote l'approbation de ces comptes.

Deux nouveaux membres s'inscrivent : MM. Le Gendre (de Paris) et Baronnet (de Mantes).

Il est décidé qu'une grande publicité sera donnée à l'œuvre ; le *Concours médical* lui fait don dans ce but d'une somme de 200 francs, et M. le Président Dujardin-Beaumetz souscrit personnellement pour la somme quelconque que le Comité directeur jugera nécessaire pour cet objet.

L'élection de six membres sortants du Conseil des censeurs amène la nomination de : MM. Garavel (de Montreuil), Lesguillons (de Compiègne), Maurel (de Paris), Okinczyc de (Luzarches), Le Gendre (de Paris) et Baronnet (de Mantes).

Le Conseil des censeurs se réunit immédiatement et précède à l'élection de son Bureau. Sont élus : MM. de Ranse (de Paris), Président; Margueritte (du Havre), Vice-Président; Monin (de Paris), Secrétaire.

Rapport de M. Lande, secrétaire général.

Messieurs,

La caisse des Pensions de retraite du Corps médical français s'enrichit chaque jour, ainsi que vous le démontrera bientôt notre dévoué Trésorier; mais, il faut bien en convenir, nos progrès ne sont pas aussi rapides que nous le désirerions et que le comporteraient l'utilité et l'importance de l'œuvre que nous poursuivons. Il y a un an nous étions cent-quatre-vingt-onze adhérents; aujourd'hui je compte sur mes registres deux cent neuf associés ayant versé leur cotisation, c'est un faible accroissement; mais il faut se hâter d'ajouter que votre Trésorier et votre Secrétaire général sont en correspondance constante avec une cinquantaine de confrères qui étudient nos statuts jusque dans leurs moindres détails et s'y reprennent à plusieurs fois pour dénouer les cordons de leur bourse et en tirer leur première cotisation.

Cette hésitation vient de causes nombreuses : en première ligne, la crise économique que nous traversons et qui retentit cruellement sur le budget des médecins, surtout dans les petites localités et dans les campagnes; en second lieu la Caisse est de fondation récente; on se demande avant d'y apporter ses versements, ce qui pourra bien en sortir. Le bloc d'argile sera-t-il Dieu, table ou cuvette? Ce souci est parfaitement légitime et ce n'est pas moi qui me plaindrai du sérieux examen de la question, fait par nos confrères désireux de souscrire à la Caisse. Ceux-là sont les meilleurs adhérents et les plus dévoués sociétaires qui, ayant agi à bon escient, après réflexion, sont convaincus, ne se laissent pas dérouter à la moindre objection et deviennent, eux-mêmes, d'ardents propagateurs.

Il nous en faut pour lutter contre une catégorie de gens qui, ne se contentant pas de la conspiration du silence, font contre nous une active campagne, répandant partout que notre fondation ne repose sur aucune base solide, qu'elle ne répond pas aux aspirations du Corps médical et qu'elle est fatalement destinée à périr dans un cataclysme prochain. Certains de ces aimables contradicteurs ne se font pas faute de m'adresser leurs élucubrations et, dans les notes dont ils les accompagnent, se trouvent des aménités personnelles, desquelles il résulte que je n'ai à choisir qu'entre ces deux alternatives, imbécile ou filou, dans tous les cas imposteur, que ce soit par bêtise ou par duplicité.

Heureusement, à côté de ces injures ridicules, on rencontre l'approbation chaleureuse de confrères jusque-là inconnus, avec lesquels on se sent dès lors lié par une communion d'idées et d'aspirations en faveur de notre profession et on est heureux de voir chez ses amis naître la confiance et le prosélytisme. A côté des premiers fondateurs, je vous signalerai, tout particulièrement, mon excellent ami le Dr Sentex (de Saint-Sever), qui a fait une conférence sur la Caisse aux membes de l'Association du département des Landes, et le Dr Bardy (de Belfort) qui, non content de recruter des adhérents autour de lui, nous fait connaître à nos confrères d'Alsace-Lorraine. Je suis certain de votre approbation en disant à notre dévoué collègue d'affirmer à ces exilés qu'ils seront deux fois les bienvenus parmi nous.

Nous avons perdu, dans le courant de l'année, trois de nos adhérents : Mme Lavigne, qui a succombé à la suite d'une chute de voiture. Adressons à notre confrère, le Dr Lavigne (d'Aulnay), l'expression de nos sympathiques et douloureuses condoléances pour le deuil cruel qui l'a frappé.

Le Dr Okynczic (de Villepreux) a succombé en quelques jours. C'était un de nos premiers souscripteurs et un adhérent de la première heure, alors que nous établissions le simple projet de notre Caisse. Nos regrets accompagnent cette âme généreuse.

Enfin, Messieurs, nous avons perdu Nadaud (d'Angoulême), emporté par une affection du cœur qu'il négligeait pour se donner tout entier à sa profession et aux nombreuses œuvres d'utilité publique qu'il avait créées ou propagées. Sa mort a été un deuil pour la ville d'Angoulême, qui lui a fait de magnifiques et imposantes funérailles. Je pleure en lui un camarade et un ami, et notre œuvre un dévoué collaborateur.

Comme encouragement à poursuivre dans la voie que nous nous sommes tracée, je vous signalerai la marche régulière et la prospérité croissante des Caisses similaires de Belgique et d'Angleterre.

Les chiffres que va vous énoncer notre Trésorier, à qui j'ai hâte de passer la parole, vous montreront d'une façon indiscutable que nous sommes, nous aussi, sur la bonne route.

Rapport de M. Verdalle, trésorier.

Messieurs,

L'année dernière, au 24 avril, époque de notre réunion générale, l'encaisse s'élevait à 52518 fr. 80 c.

Cette année, au 24 avril, j'ai inscrit le chiffre de 91 951 francs.

L'année dernière, au 31 décembre, l'encaisse était de 61 603 francs.

Cette année, au 31 décembre, nous dépasserons 100 000 francs.

Je le prouve :

L'encaisse au 24 avril est de. . . . . .F	91,951 41
L'échéance de septembre (cotisations en retard, 2e versement) de.	7,941 »
Les valeurs produiront.	1,667 25
	101,539 66

J'avais hâte, Messieurs, de sauter d'un coup à ce gros chiffre. Cent mille francs, même aujourd'hui, c'est une petite fortune. Cent mille francs après trois ans, que dis-je ? après deux ans et demi d'exercice, car notre Caisse ne fonctionne que depuis novembre 1884, voilà, certes, un résultat dont nous avons le droit d'être fiers. A continuer de ce train, avec nos 40 à 50,000 francs de rente, notre fortune va grossir rapidement et, dès aujourd'hui, nous pouvons affirmer avec certitude que la *Caisse des pensions de retraite du Corps médical français* s'ouvrira le 1er janvier 1894 dans de brillantes conditions.

Proclamons ces résultats, Messieurs, embouchons la trompette ; faites sonner haut et fort nos écus ; crions sur les toits que nous sommes riches, que nous avons déjà plus de cent mille francs, que nous en aurons bientôt plusieurs centaines; ce sera là notre meilleur et plus puissant moyen de propagande ; il n'est pas d'idée, quelque grande et généreuse qu'elle soit, qui vaille le tintement métallique d'une caisse bien remplie ; les plus sourds trouvent pour la circonstance une oreille complaisante. Pauvres, débutants, on nous dédaignait, on nous dénigrait, on nous plaignait même d'oser nous lancer dans une telle aventure ; riches et désormais sûrs d'un avenir doré, c'est à qui s'empressera de venir à nous, mains ouvertes, sourire et compliment aux lèvres ; mais notre Caisse est bonne fille ; elle ne tient rigueur à personne ; l'aborde qui veut ; elle s'offre à tous, et pour tous, amis de la première heure ou de la dernière, elle dénoue d'assez bonne grâce sa ceinture.

Ainsi, Messieurs, notre œuvre marche, et marche vite. J'ai tenu à vous le dire tout de suite ; mais nous allons, si vous le voulez bien, entrer dans le détail.

Au 24 avril 1885, c'est-à-dire à l'époque de notre dernière réunion générale, le nombre de nos adhérents était de 191. Nous sommes aujourd'hui 209, en tenant compte des nouvelles adhésions qui nous sont promises, je dirai même acquises, nous pouvons compter environ 220.

Permettez-moi, en passant, de faire une remarque de Gascon : Sur ce nombre de 209, la Gironde compte 45 membres, soit un bon quart. Et encore « si la Gironde avait voulu ! » Si tous les départements français avaient donné, passez-moi le mot, comme celui de la Gironde, nous serions aujourd'hui plus de trois mille.

A quoi tient cette énorme disproportion ? Uniquement à ce fait que chez nous il s'est trouvé un prêcheur infatigable, une sorte de Pierre-l'Ermite, j'ai nommé mon ami Lande, qui partout, dans toutes nos réunions de l'Association, en ville, dans les cantons, a porté la bonne parole ; que nous avons fait de la propagande dans les journaux, que nous avons, en un mot, remué l'idée par tous les moyens possibles. Faites de même, Messieurs, parlez de notre œuvre dans vos réunions, montrez-en les bienfaits ; forcez le silence de vos journaux et le nombre de nos adhérents décuplera. C'est là le secret.

Mais je me laisse entraîner à des considérations qui sont plutôt du ressort du Secrétaire général; le Trésorier doit se borner à savoir aligner correctement des chiffres. J'y reviens. Je vais vous présenter, Messieurs, deux bilans : celui du 24 avril 1885 et celui du 24 avril 1886. La comparaison entre ces deux bilans nous apprendra tout ce que nous devons savoir.

Bilan au 24 avril 1885.

	Doit	Avoir
Caisse. . . . . .F.	52,841 98	51,706 69
Caisse des Pensions de Retraite. . . .	573 18	1,400 »
Cotisations.	» »	50,431 »
Frais généraux.	1,124 21	42 70
Obligations du Midi.	11,306 55	207 60
Rente 3 °/o amortissable.	20,307 75	187,50
Obligations foncières 1883.	18,395 »	» »
Caisse auxiliaire.	» »	573 18
	104,548 67	104,548 67

Bilan au 24 avril 1886.

	Doit	Avoir
Caisse. . . . . .F.	92,845 68	91,644 40
Caisse des Pensions de Retraite. . . .	1,464 27	1,400 »
Cotisations.	» »	86,629 20
Frais généraux.	2,967 98	303 11
Obligations du Midi.	11,506 55	644 10
Rente 3 o/o amortissable.	52,805 35	1,192 50
Obligations foncières 1883.	18,395 »	727 50
Obligations communales 1886.	24,705 25	485 »
Caisse auxiliaire.	» »	1,464 27
	184,490 08	184,490 08

Si nous décomposons ces deux bilans en les rapprochant l'un de l'autre, et que, d'une part nous examinions les deux colonnes de crédit, c'est à dire la recette de 1885 et de 1886, de l'autre les deux colonnes de débit, c'est à dire la dépense, l'explication se tirera d'elle-même.

Crédit.

	1885	1886	Différence
Caisse des Pensions. . .F,	1,400 »	1,400 »	» »
Cotisations.	50,431 »	86,629 20	36,198 20
Frais généraux.	42 70	303 11	260 41
Obligations du Midi. . . .	207 60	644 10	436 50
Rente amortissable. . . .	187 50	1,192 50	1,005 »
Foncières 1883.	» »	727 50	727 50
Communales 1886. . . .	» »	485 »	485 »
Caisse auxiliaire.	573 18	1,464 27	891 09
	52,441 98	92,445 68	40,003 70
Caisse.	52,841 98	92,845 68	40,003 70

De la comparaison de ces deux colonnes, il ressort que le roulement de la Caisse du 24 avril 1885 au 24 avril 1886 a été de. . . . . F. 40 003 70

En voici le décompte :

Cotisations. . . . . .F.		36,198 20
Produit des valeurs :		
Obligations du Midi.	436 50	
Rente amortissable.	1,005 »	
Foncières 1883.	727 50	
Communales 1886.	485 »	
		2,654 »
Frais généraux.		260 41
Caisse auxiliaire :		
Don de l'Association des Médecins de l'Oise.	500 »	
Produit de la retenue de 1 °/° sur la recette brute. . . .	361 09	
	891 09	
TOTAL égal. . .F.		40,003 70

Débit.

Caisse des Pensions.. . .F.	573 18	1,464 27	891 09
Cotisations..	» »	» »	» »
Frais généraux.	1,124 21	2,967 98	1,843 77
Obligations du Midi. . . .	11,306 55	11,306 55	» »
Rente amortissable.	20,307 75	32,805 35	12,497 60
Foncières 1883.	18,395 »	18,395 »	» »
Communales 1886.	» »	24,705 25	24,705 25
Caisse auxiliaire.	» »	» »	» »
	51,706 69	91,644 40	39,937 71
Caisse. . . . . .F.	51,706 69	91,644 40	39,937 71

L'analyse des chiffres de la colonne du débit nous fait voir que la Caisse a dépensé dans la même période une somme de. . . . . F. 39 937 71 savoir :

Versement à la Caisse auxiliaire :		
1° D'un don de l'Association *de l'Oise*.	500	
2° Du produit de la retenue de 1 °/₀ sur la recette brute. .	391 89	
	891 09	
Frais généraux.	1,843 77	
Achat de 450 fr. de rente amortissable.	12,497 60	
Achat de 50 oblig. communales 1886.	24,705 25	
TOTAL égal. . .F.		39,937 71

Nous allons pousser encore plus loin l'analyse et passer en revue, en les étudiant en détail, chacun de ces différents chapitres.

Valeurs.— Nous possédions l'année dernière au 24 avril :

30 obligations du chemin de fer du Midi, qui représentaient une somme de. . . . . F.	11,306 55
750 fr. de rente 3 °/₀ amortissable.	20,307 75
50 obligations foncières 1883.	18,395 »
TOTAL. . .F.	50,009 30

Nous avons acheté cette année :

15 sept. 1885, 225 fr. de rente amort.. F.	6,252 25	
31 déc. — 120 — — . .	3,285 90	
15 mars 1886, 105 — — . .	2,959 45	
450 — — . .		12,497 60
15 mars 1886, 25 oblig. commun. 1886...	12,346 25	
31 mars — 25 — —	12,359 »	
50 — —		24,705 25
TOTAL. .F.		37,202 85

Nous avons donc aujourd'hui en portefeuille les valeurs suivantes dont le tableau ci-dessous va nous donner la valeur et le revenu.

VALEURS	VALEUR de chaque titre	PRIX d'achat	COURS actuel	REVENU
30 obligations du Midi..	F 385 r. à 500	11 306f55	11 557 50	436 50
1 200 fr. rente 3 0/0 am.	F 83 — 100	32 805 35	33 300 »	1 200 »
50 oblig. foncières 1883.	F 374 — 500	18 395 »	18 700 »	728 »
50 oblig. commun. 1886.	F 485 — 500	24 705 25	24 705 25	970 »
		87 212 15	88 262 75	3 334 50

En somme, 87 000 francs de valeurs donnant 3 334 fr. 50, c'est-à-dire un revenu de 3,82 p. 100.

Étant donnée la prime de remboursement, dont le tableau ci-dessus vous donne le chiffre pour chaque valeur, nous pouvons dire que nous capitalisons à plus de 4 p. 100.

La plus-value provenant de la différence des cours est d'environ 1 000 francs et porte par conséquent notre portefeuille au chiffre de 88 000 francs.

Frais généraux. — Nos frais généraux s'élèvent en tout pour les trois premières années à la somme de F. 2,967 98

Pour l'exercice 1885-1886, ils ne sont que de 1,843f,77, et encore convient-il de défalquer de cette somme celle de 260f,41 portée au crédit. Il ne reste donc pour cette année qu'une somme de 1,583f,36.

Cette somme se décompose ainsi :

Frais de poste et de reçus. . . . . F.	97 32
Frais de bureau	240 35
Frais d'impression des Statuts.	769 25
Remboursement à un membre pour versement en trop.	100 »
Indemnités de voyage pour la réunion du Comité directeur.	636 85
TOTAL.. . F.	1,843 77

Le crédit c'est-à-dire la recette des frais généraux, se décompose ainsi qu'il suit :

Remboursement par divers de frais de poste, de reçus, intérêt des cotisations en retard. . . F.	60 41
Remboursement de frais de bureau.	200
Total. . . F.	260 41
En somme, le débit s'élevant à.	1,843 77
Le crédit à.	260 41
Il ne reste en dépense réelle que.	1,583 36
Et encore convient-il de défalquer de ce chiffre la somme de 100 francs remboursée à un de nos cotisants qui avait fait une erreur dans le versement de sa cotisation. . . . . . . F.	100
Reste net. . . . F.	1,483 36
Sur ce chiffre de 1,483 fr. 36 c., figure une dépense extraordinaire, celle de l'impression de nos statuts. . . . . F.	769 25
Si nous la déduisons, il nous restera comme dépense courante et pour ainsi dire obligatoire	714 11

C'est donc à cette somme de 700 francs environ que se réduiront désormais nos dépenses. Savoir : 50 francs environ de frais de bureau; 50 francs de frais de correspondance et de reçus; 500 à 600 francs d'indemnité de voyage aux membres du Comité-directeur.

Notre fonctionnement est, vous le voyez, Messieurs, aussi peu coûteux que possible.

Caisse auxiliaire. — Je termine par la Caisse auxiliaire ou Caisse de secours. Vous savez, Messieurs, qu'elle est alimentée par une retenue de 1 p. 100 sur la recette brute de la Caisse et, en outre, par des dons et legs.

L'année dernière, au 8 avril, la Caisse auxiliaire ne figurait pas encore sur le bilan; nous n'avions fait qu'établir sa situation sans la fixer et, dans notre rapport, nous nous bornions à dire que la fortune de la Caisse des Pensions étant de 52 046 francs, la Caisse auxiliaire en possédait statutairement le centième, soit 520 fr. 46.

Le 12 avril, la Caisse *auxiliaire recevait un don de* 50 francs; un de nos collègues qui a souscrit à notre œuvre pour l'exemple, estimant qu'il ne donnait pas assez en payant une simple cotisation comme tout le monde, a prié M. le Dr Cézilly de verser, à titre de supplément, une somme de 50 francs à notre Caisse de secours. Ce collègue, dont vous auriez certainement plaisir à connaître le nom, a voulu garder l'anonyme.

La Caisse auxilaire a donc été forcée de se constituer immédiatement et le 24 avril elle se reconnaissait un capital de 573 fr. 18 ainsi formé :

Produit de la retenue statutaire de 1 p. 100 sur la recette brute de la Caisse.	525 18	
Don d'un anonyme.	50 »	
		573 18
Dans le courant de cette année la Caisse auxiliaire a reçu		
Un don de 500 fr. de l'Association de l'Oise F.	500 »	
La retenue statutaire de 1 p. 100 a produit	391 09	
Son avoir s'est donc augmenté de la somme de. . . . . F.		891 09
Ce qui porte son capital à un total de F.		1,464 27

La fortune de notre Caisse de Secours est intacte, je me hâte de le dire ; fort heureusement, aucun de nous n'a eu encore besoin d'y recourir.

J'en ai fini, Messieurs, avec cette étude longue et minutieuse. Vous voudrez bien, n'est-ce pas, m'excuser d'avoir si longtemps retenu votre attention, j'ai voulu que chacun de vous pût voir clair dans ce qui est, en somme, ses propres affaires. Si j'ai réussi, c'est à vous de me le dire. Au surplus, je me tiens, moi et mes livres, à la disposition de chacun pour plus amples explications.

Il me reste, avant de terminer, à vous remercier, Messieurs et chers Collègues, des efforts que vous faites pour rendre la tâche de votre Trésorier non seulement facile, mais agréable. Ce ne sont, dans les lettres que je reçois, que paroles aimables, compliments et remerciements. On ne peut mettre meilleure grâce à s'exécuter et nulle part je n'ai ouï dire que rapports fussent si aimables entre débiteurs et créancier. Mais les remerciements je vous les retourne, Messieurs et chers Collègues, vous les méritez beaucoup mieux que moi et c'est à moi, encore une fois, de vous être vivement reconnaissant des excellents rapports que nous entretenons.

Je termine en donnant la situation de la Caisse, au 24 avril 1886.

L'avoir total de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français s'élève le 24 avril 1886 à la somme de :

Recettes.

Cotisations. . . . . .F.	86,629 20	
Dons à la Caisse des Pensions.	1,400 »	
Dons à la Caisse auxiliaire.	550 »	
Profits et pertes.	303 11	
Intérêt des valeurs.	3,049 10	
Total des recettes. . .F.		91,931 41

Emplois.

Portefeuille. . . . . .F.	87,212 15	
Frais généraux.	2,967 98	
Reste en caisse du Trésorier le 24 avril 1886	1,751 28	
Total égal. . .F.		91,931 41

L'avoir total de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français s'élève le 24 avril 1886 à la somme de :

Portefeuille. . . . . .F.	87,212 15
En caisse.	1,751 28
Total égal. . .	88,963 43

Le Comité des censeurs, réuni le samedi 1er mai, à cinq heures et demie, chez M. le Dr Dujardin-Beaumetz, après avoir vérifié la gestion des comptes de M. le Dr Verdalle, Trésorier, pour l'exercice 1885-86, a approuvé ces comptes à l'unanimité et remercié M. le Dr Verdalle du zèle constant dont il a fait preuve dans ses délicates fonctions.

Pour le comité :

Le Président, Dr Cézilly. *Le Vice-Président*, Dr F. de Ranse. *Le Secrétaire*, Dr E. Monin.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical d'Argenteuil(1).

Mon cher Confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser l'état nominatif des membres du Syndicat médical d'Argenteuil et des environs (Seine-et-Oise); et le montant de la cotisation du Syndicat pour sa participation à l'Union des Syndicats, en 1886.

Président : MM. le Dr Dourlen ;
Vice-président — Recullez;
Syndic — Tachard;
Secrétaire-trésorier — Toussaint.
Membres : les Drs Biron, Feugier, Galliot, Lécuyer, Margery, Verdier, Lemaire.

Veuillez agréer, etc.

Pour la chambre Syndicale,
Le Secrétaire-Trésorier.
Dr TOUSSAINT.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Potion contre la toux convulsive (DAVREUX).

Sirop d'Ipécacuanha. . . . . 30 grammes.
Hydrolat de laurier cerise. . . 4 grammes.
Extrait d'aconit . . . . . 0gr05 centigrammes
Emulsion gommeuse . . . 200 grammes.
Une cuillerée à café toutes les heures.

TRAITEMENT DE L'ORGELET.

Jusqu'au moment de l'ouverture de l'orgelet on appliquera sur les paupières des cataplasmes de fécule de pommes de terre tièdes.

Dès qu'il sera ouvert, on remplacera les cataplasmes par des compresses d'eau boriquée.

Eau. . . . . 500 grammes.
Acide borique . . 20 grammes.

L'orgelet une fois guéri, il s'agit de prévenir les *récidives*. Pour cela il sera fort utile d'éviter toute cause d'irritation des paupières (poussières, frottements, pince-nez, etc.).

(1) L'abondance des matières nous oblige à restreindre au minimum pour ce numéro le bulletin des Syndicats.

De plus chaque soir au moment du coucher on enduira au moyen d'un petit pinceau le bord libre des paupières avec la pommade suivante :

Oxyde de zinc. . 0 gr. 50 cent.
Vaseline. . . . . 10 grammes.

On pourra aussi faire de fréquentes lotions sur les paupières avec le liquide suivant : sous-acétate de plomb liquide 10 gouttes pour un verre d'eau.

A. TROUSSEAU.
(*Manuel de thérapeutique oculaire*).

NOUVELLES

La 24e liste de souscription pour l'Institut Pasteur publiée par le *Journal Officiel* portait le total à près de 700000 francs.

— Le conseil général des Facultés de l'Académie de Paris a tenu séance lundi dernier, sous la présidence de M. Gréard. Après avoir reçu communication des décisions intervenues pour l'Ecole de pharmacie, il s'est occupé de la question du service militaire des étudiants des Facultés et Ecoles supérieures.

Après une très longue et très sérieuse délibération, il a décidé qu'une note serait rédigée et remise à M. le ministre de l'instruction publique pour le prier de défendre, dans la mesure de ce qui serait possible, l'intérêt des études scientifiques en France. Le conseil général, dans cette note, expose un projet qui semble devoir concilier toutes les exigences contraires. En voici les points essentiels :

Il reconnaît d'abord le principe général du service militaire obligatoire. Il demande ensuite pour les étudiants immatriculés dans une Faculté qu'au bout de la première année de service militaire un sursis ou congé leur soit accordé pour deux ans, à la condition de justifier à la fin de chacune de ces deux années qu'ils poursuivent des études supérieures, et à l'âge de vingt-quatre ans, d'avoir obtenu le grade de licencié ou un titre équivalent, auquel cas ils prendraient rang dans la réserve de l'armée active. Ceux d'entre eux qui ne fourniraient pas ces justifications seraient rappelés sous les drapeaux pour compléter leurs trois années de service militaire.

— A la suite des troubles qui eurent lieu à l'Ecole de pharmacie, M. Chatin avait donné sa démission de directeur; mais, après enquête, M. le ministre a jugé sans fondement les griefs articulés contre lui et l'a maintenu purement et simplement dans ses fonctions.

Le conseil de l'Ecole, a fait un appel au bon sens des élèves, et, pour laisser le temps à tous les sentiments passionnés de se calmer, a émis le vœu que la réouverture du cours de M. Chatin, qui devait avoir lieu lundi dernier, fût ajournée à jeudi. Le ministre de l'instruction publique avait fait bon accueil à cette demande. Ce qui n'a pas empêché les troubles d'éclater encore jeudi.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Gillebert d'Hercourt père, président de la Société de médecine de Paris.

M. le Dr Hervé de Lavaur.

M. Henri Fauvel, étudiant en médecine, attaché comme chimiste préparateur au laboratoire d'Hygiène de la Faculté, vient de mourir dans des circonstances bien tristes. Il était occupé à prélever des échantillons d'eau de la Seine pour les analyser, lorsque le bateau qui le portait toucha sur un banc de sable. Le malheureux jeune homme, projeté dans le fleuve par la secousse, ne reparut plus. Son corps a été retrouvé quelques heures plus tard.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année — N° 21 — 22 Mai 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Le succès avec lequel la souscription pour l'Institut Pasteur a dépassé le million, le triomphe du festival du Trocadéro, les souscriptions individuelles de 150 000 francs ne sont pas de nature à apaiser les récriminations des anti-pastoriens, et leur rage exaltée se traduit par des articles où l'odieux le dispute au grotesque. On lit des plaisanteries sur le virus *moelleux*, la *rage de dents* et la *rage d'amour*, qui rappellent les traits d'esprit des tables d'hôte de commis voyageurs, et, si naturelle que l'indignation doive être contre des médecins assez peu soucieux de la dignité de la science française pour lancer de la boue contre ceux qui l'honorent le plus, on ne se sent guère la force de s'indigner contre ces platitudes à la Fréron.

Tous nos lecteurs connaissent les *troubles de l'Ecole de pharmacie*. Les cours et les examens sont suspendus jusqu'à nouvel ordre; plusieurs étudiants sont traduits devant le Conseil général des Facultés. Il est difficile de démêler la vérité vraie au milieu des exagérations que la colère suggère aux étudiants en pharmacie. Ce n'est plus seulement le caractère acrimonieux de l'examinateur et les habitudes autoritaires du professeur qu'on incrimine en M. Chatin; des accusations portant atteinte à son honorabilité professionnelle ont été formulées. C'est une affaire bien fâcheuse, où par malheur la politique est venue, comme toujours dans notre pays, porter les journaux à envenimer la querelle. M. Chatin est soutenu par la Presse réactionnaire et les étudiants par les journaux radicaux.

C'est encore une immixtion des opinions politiques et religieuses dans l'hygiène qui a longtemps entravé l'adoption du projet de loi relatif à la *crémation*. Les défenseurs des idées monarchiques s'étaient déclarés adversaires de l'incinération, on ne sait pourquoi, puisqu'en définitive, ainsi que l'a reconnu à la tribune un évêque député, l'incinération ne contredit pas même le dogme catholique.

Notre confrère M. le docteur Blatin, député du Puy de Dôme, a cependant réussi à faire voter par la Chambre un amendement à la loi sur les sépultures portant que : « Tout majeur ou mineur émancipé, en état de tester, peut déterminer librement le mode de sa sépulture, opter pour l'inhumation ou l'incinération, léguer tout ou partie de son corps à des établissements d'instruction publique ou à des sociétés savantes ».

Le docteur Blatin a prononcé à cette occasion un excellent discours dont nous détachons les passages suivants :

« Il y a un danger considérable dans la présence des germes organiques (des corps des animaux) dans l'intérieur du sol, et c'est ce qui constitue le danger des inhumations. Et ce danger est, naturellement, d'autant plus grave que les cadavres sont accumulés en plus grand nombre dans les cimetières. Il est à son minimum, évidemment, dans les campagnes, bien que l'histoire des épidémies meurtrières, dues à des cimetières ruraux pût me fournir bien des exemples de nature à toucher la Chambre. Mais dans les grandes villes surtout, comme Paris, il prend des proportions tout à fait redoutables, et l'on peut dire que les cimetières dans les villes représentent une *véritable organisation légale de l'empoisonnement des vivants par les morts*.

« La crémation a cet immense avantage de substituer à des oxydations lentes et dangereuses, à des

putréfactions souterraines, le système des oxydations rapides obtenues au moyen de la combustion ; il ne se forme plus de poison, et tous ceux qui existent sont irrémédiablement détruits. C'est le système du bon sens, de la propreté et de l'hygiène publique....

« Notre siècle, Messieurs, parmi les très admirables découvertes qui l'honorent, aura la gloire — et il faut s'en souvenir — d'avoir été le premier à poser les bases de la science de l'hygiène, et d'avoir fait pénétrer les applications de cette science chez toutes les nations civilisées. Parmi ces appliquations j'ai la conviction que la pratique de l'incinération, en matière de sépulture, comptera pour une des plus utiles, des des plus nécessaires et des plus fécondes. »

Nous avons annoncé dans le numéro précédent une délibération du Conseil général des Facultés relative au service militaire des étudiants et qui a pour but de concilier le principe du service obligatoire et les nécessités des études. Voici en quels termes le principal de nos journaux politiques a apprécié et analysé cette délibération :

« La délibération du conseil général se réduit à trois points essentiels. En premier lieu, et avant tout le reste, elle reconnaît et accepte comme légitime le principe du service militaire universellement obligatoire. Elle abandonne donc toutes les exceptions, tous les cas de faveur ; elle ne réclame pour les étudiants aucun privilège, elle déclare même que ceux qui reçoivent la haute culture scientifique doivent se sentir encore plus obligés que personne à l'égard du pays. Donc tous les étudiants seront non seulement soldats, mais réellement incorporés dans l'armée comme tous les jeunes gens de leur classe. Toutefois il reste à concilier les exigences de ce service militaire avec celles d'études solides, fructueuses et vraiment supérieures.

Or, le conseil général des Facultés de Paris a calculé que la moyenne de la scolarité, dans l'enseignement supérieur, était de cinq ans, moyenne qui, pour les candidats à l'internat médical et aux diverses agrégations, s'élevait à huit et même dix ans. Comment maintenir cette moyenne de la scolarité pour des jeunes gens qui se remettront aux études supérieures à l'âge de vingt-quatre ans? Cela reporterait la fin de leur préparation scientifique à trente, trente-deux et trente-quatre ans. Comment retarder jusqu'à ce moment leur entrée dans une profession?

Il faudra donc de deux choses l'une : ou abaisser le niveau des études ou se résigner à voir nos écoles d'enseignements supérieur désertes et stériles. On a, de plus, fait remarquer que la population universitaire allemande, depuis la guerre, a augmenté dans des proportions considérables. Allons-nous décimer la nôtre et la décapiter en un temps où chaque nationalité ne compte vis-à-vis des autres que par ce qu'elle ajoute chaque jour au patrimoine du genre humain? L'Allemagne a su trouver le moyen de développer sa vie universitaire sans nuire à la force de ses armées. Est-il donc impossible d'en faire autant en France?

En conséquence, le conseil général, après avoir fait de tous les étudiants des soldats, demande que ceux qui, au moment de l'appel de leur classe, prouveront par un certificat qu'ils ont été immatriculés dans une Faculté, puissent obtenir, au bout d'une année de service militaire, un sursis ou un congé de deux ans, pour avoir le loisir de faire leurs études. Mais ils ne seront pas libérés du même coup ; ils devront, chaque année, justifier, par des certificats en règle, qu'ils poursuivent, en effet, avec fruit, des études supérieures, et avoir obtenu, à l'âge de vingt-quatre ans, le grade supérieur de licencié, ou un titre équivalent. Alors, seulement, ils passeront dans la réserve de l'armée active et subiront toutes les charges incombant aux hommes de la réserve. Bien plus, le conseil général des Facultés admettrait encore qu'ils fussent tenus à des périodes de service actif, à la condition qu'elles concordassent avec les vacances universitaire. Enfin, quant aux étudiants qui abandonnerait les études d'enseignement supérieur, ou les feraient sans profit et sans succès, c'est-à-dire n'arriveraient pas à la licence ou à un titre équivalent, ils seraient rappelés au régiment, et y compléteraient leurs trois années obligatoires.

ACADÉMIE DE MÉDECINE (Séance du 18 mai).

Le favus devant les conseils de révision,
par M. Henri Feulard.

Depuis les recherches de M. Bergeron faites en 1865, aucune recherche nouvelle n'a été faite concernant la statistique et la géographie des teignes en France. Je me suis servi, pour établir une statistique nouvelle, des documents militaires, comptes rendus des opérations des conseils de révision. Mes recherches ont porté depuis l'année 1873, date d'application de la nouvelle loi, jusqu'en 1885. Pendant cette période, 3,872 hommes ont été exemptés pour cause de teigne (et, sous le nom de teigne, il faut entendre à présent le favus).

Tous les départements sont atteints de la maladie, mais dans des proportions différentes. Les départements les plus atteints forment trois groupes géographiques principaux : l'un au nord (Pas-de-Calais, Nord); l'autre à l'ouest (Seine-Inférieure, Côtes-du-Nord, Finistère) ; le troisième au midi (Aveyron, Tarn, Hérault, Landes, Basses-Pyrénées). Les départements du Centre et de l'Est sont peu atteints. Ces groupes sont les mêmes que ceux qu'a déjà indiqués M. Bergeron. Aujourd'hui, comme il y a vingt ans, ce sont les mêmes départemenls qui renferment le plus de teigneux : heureusement la proportion n'est plus la même. De 1841 à 1849, M. Bergeron constate 730 exemptions annuelles, et comme à cette époque un petit nombre d'hommes seulement passait devant les conseils de révision, il estime à 1,000 ou 1,100, d'après le chiffre du contingent, le nombre réel des teigneux fournis par chaque classe.

De 1850 à 1860, la moyenne annuelle est de 458 sur les hommes examinés, mais réellement atteindrait 800.

De 1873 à 1885, la moyenne annuelle est de 300 (maximum 369, classe de 1875 ; minimum 234, classe de 1884). Il y a donc une diminution évidente, diminution de plus de moitié dans le nombre des hommes

actuellement exemptés chaque année pour cause de teigne.

On peut espérer que ce mouvement de décroissance continuera : mais il est sage de s'aider par des mesures prophylactiques générales. Au nombre de ces mesures est l'inspection médicale des écoles : il sera facile, maintenant que l'obligation de l'instruction force les parents à envoyer leurs enfants à l'école communale, de prendre les enfants teigneux et de les traiter. Il y aurait lieu de voir aussi s'il ne serait pas possible de supprimer le cas d'exemption militaire pour teigne.

Élection. — Érythème polymorphe.

M. de Lacaze-Duthiers, professeur de zoologie à l'Académie des Sciences, a été élu associé libre par 49 suffrages contre 9 donnés à M. Péligot, chimiste et 9 à M. Durand-Claye, ingénieur et hygiéniste.

M. Villemin fait une communication sur la nature et le traitement spécique de l'érythème polymorphe.

Les différentes formes d'érythème, réunies par Hébra sous le nom commun d'érythème polymorphe, sont-elles la manifestation d'une seule et même cause? L'observation clinique a déjà répondu par l'affirmative ; il n'est pas rare, en effet, de voir chez le même sujet plusieurs variétés de cette éruption cutanée. Ainsi, tandis que l'érythème est noueux aux genoux, il est parfois papuleux aux bras et aux mains, circiné et vésiculeux au cou et à la face.

Il fut un temps où l'on faisait de l'érythème une affection locale, une simple dermatose. Mais depuis longtemps déjà beaucoup le considèrent comme une maladie générale, une sorte de pyrexie. L'état de souffrance de l'économie tout entière est attesté par la fièvre, les désordres des organes digestifs, des douleurs générales musculaires, arthritiques et tendineuses, des endopéricardites, de la prostration et de l'insomnie simulant parfois la fièvre typhoïde.

Parmi les auteurs français qui reconnaissent à l'érythème les caractères d'une maladie générale, quelques-uns l'assimilent aux fièvres éruptives, et en font une sorte de maladie infectieuse de cause spécifique (Trousseau, Hardy, Révillout, Germain Sée et Talamon, Rondot, Besnier et de Molènes-Mahon, etc.).

L'érythème polymorphe donne presque toujours lieu à des manifestations douloureuses précédant et accompagnant les poussées éruptives. Celles qui se traduisent du côté des articulations ont souvent pour siège les tissus périarticulaires, mais elles coexistent aussi très fréquemment avec des épanchements dans les synoviales. On comprend dès lors le rapprochement qu'on a établi entre l'érythème et le rhumatisme. Certains auteurs ont regardé l'érythème comme une expression de la diathèse rhumatismale. Rayer voyait dans les phénomènes généraux une fièvre rhumatismale dont l'érythème noueux et papuleux n'était qu'une manifestation cutanée. Bazin rangeait les différents érythèmes parmi les arthritides. Bouillaud et Perraud ont aussi exprimé la même opinion.

Trousseau, au contraire, nia l'influence du rhumatisme sur l'érythème et M. le professeur Hardy, considère l'érythème, non comme l'accessoire, mais comme la maladie principale dont le rhumatisme n'est qu'une complication tout à fait semblable au rhumatisme qui se produit dans la scarlatine.

Si la spécificité thérapeutique implique la spécificité étiologique, si le même agent médicamenteux fait promptement rétrocéder les diverses éruptions comprises sous la dénomination d'érythème polymorphe et fait tomber en même temps tous les autres phénomènes généraux, tels que la fièvre, le rhumatisme, les douleurs de toutes sortes et les autres souffrances du système nerveux, M. Villemin pense qu'il est en droit d'affirmer :

1° Que les érythèmes auxquels les dermatologistes ont donné les noms de noueux, de papuleux, de circiné, de vésiculeux, etc., et qui sont compris sous la dénomination commune de polymorphe, ne sont que des variétés d'un même type morbide ;

2° Que l'érythème polymorphe est une maladie générale de nature spécifique dont l'éruption cutanée n'est qu'un syndrôme;

3° Que les douleurs des tissus fibreux, les tuméfactions et les épanchements articulaires ne relèvent pas du rhumatisme, mais ne sont qu'une des manifestations de la maladie et dérivent, comme l'éruption cutanée elle-même, d'une unique cause morbide.

L'agent médicamenteux qui triomphe de l'érythème polymorphe, est l'*iodure de potassium*. Il agit vraiment comme un spécifique. Dans l'espace de 24 à 48 heures, et avec une dose moyenne de 2 grammes par jour, tous les symptômes de la maladie sont *simultanément* modifiés d'une façon surprenante. La quinine n'a certainement pas dans la fièvre intermittente cette rapidité et cette sûreté d'action. La veille, on avait un malade avec une température de 39 à 40 degrés, un érythème douloureux, induré, rouge vif, une courbature pénible, des douleurs intolérables dans les membres, dans les jointures, de la prostration, de l'insomnie; le lendemain, tout est changé : la température est à 37 degrés, l'érythème pâlit, s'efface, perd son induration, les douleurs s'évanouissent, les tuméfactions articulaires se dissipent, et dans 3 ou 4 jours, il n'y a plus trace de la maladie.

Plus la fièvre est élevée et plus sa chûte est marquante. En douze heures, on voit parfois la température diminuer de près de 2 degrés. La disparition des douleurs a lieu aussitôt que celle de la fièvre, ou la suit de très près. Mais lorsqu'il y a des épanchements et des œdèmes, ceux-ci ne se résorbent pas toujours instantanément; on comprend, du reste, qu'il faille quelques jours pour faire rentrer dans la circulation les liquides extravasés.

La disparition de la coloration érythémateuse et la résolution des nodosités se font aussi avec la plus grande rapidité. Vingt-quatre heures suffisent pour leur imprimer des changements extraordinaires. Ce sont les papules et les tubercules les plus récents qui disparaissent les premiers. Lorsqu'il y a eu des extravasations sanguines, il y a naturellement persistance des macules ecchymotiques après guérison. Il faut aussi noter une particularité anatomo-pathologique qui pourrait induire en erreur. Là où la peau a été le siège de plaques érythémateuses, il y a quelquefois persistance d'une vascularisation anormale indiquée par une tache rougeâtre ayant une certaine analogie avec celles qui survivent aux coups de soleil.

Il ne faudrait pas prendre ces taches pour de l'érythème qui a disparu depuis longtemps.

Tous les observateurs ont signalé la tendance aux récidives. Le traitement spécifique que nous préconisons n'en préserve pas. On voit très fréquemment des retours de l'érythème lorsque l'on croyait à sa disparition définitive. L'usage de l'iodure de potassium pendant vingt-quatre à quarante-huit heures a toujours suffi pour faire avorter les premières ébauches de récidives.

M. Villemin a inoculé le liquide des vésicules au malade lui-même sans résultat, mais une seule fois et chez un sujet soumis au traitement. A l'appui de son opinion sur la spécificité de l'iodure de potassium dans l'érythème polymorphe, M. Villemin apporte onze observations.

Académie des sciences (Séance du 17 mai).

nfluence de l'abstinence, du travail musculaire et de l'air comprimé sur les variations de la toxicité urinaire, par M. Ch. Bouchard.

Dans une précédente note, j'ai établi que la toxicité des urines de la veille et celle des urines du sommeil diffèrent comme qualité et comme intensité. J'ai indiqué les raisons qui me font admettre que ces différences ne dépendent pas de l'alimentationni des heures de repas, et j'ai démontré qu'elles ne sont pas en rapport avec les quantités de la potasse éliminée. Je me propose aujourd'hui de compléter la démonstration et de déterminer quelques autres circonstances qui, dans l'état physiologique, augmentent ou diminuent la toxicité des urines.

Dans une première série d'expériences, j'ai étudié les variations de la toxicité ordinaire à chacune des trois périodes de huit heures dans lesquelles j'ai divisé la journée de vingt-quatre heures, sans que ces variations puissent être imputables à l'alimentation, et j'ai constaté que la toxicité totale de ces trois périodes (sommeil, veille, matinées et veille vespérale) pouvait être indiquée en moyenne par les nombres 3, 7.5, 5.5. L'augmentation de la production et de l'élimination du poison commence donc, comme dans les précédentes expériences, à l'instant où l'homme s'endort, et la diminution de l'élimination commence au milieu de la période de veille.

D'autre part, je suis arrivé à ce résultat, qui semble de prime abord paradoxal que l'abstinence augmente de moitié la toxicité urinaire. Le fait ne saurait être attribué à une augmentation des matières minérales, qui sont, au contraire, en défaut ; il m'a paru pouvoir s'expliquer par la surabondance des matières organiques incomplètement oxydées, qui caractérise les urines de l'abstinence.

Dans une autre expérience, j'ai pu expliquer par l'activité du jour la rapide diminution de la toxicité de la seconde moitié de la période de veille pendant laquelle l'oxygène est consommé en plus grande quantité. En effet, le travail musculaire au grand air supprime 30 o[o de la toxicité totale des urines émises en vingt-quatre heures. Il supprime 27 o[o de la toxicité de la veille et son influence s'étend même à la période de sommeil qui succède au travail, en faisant perdre aux urines de ce sommeil 40 o[o de leur toxicité.

Les causes qui influencent la toxicité urinaire peuvent donc agir pendant la durée de leur application et encore pendant une longue période de temps après qu'elles ont cessé d'exister. C'est pour cette raison sans doute que la veille matinale est plus toxique que le sommeil, et que le sommeil est moins toxique que la veille vespérale.

Enfin, l'influence de l'air comprimé, expérimentée sur un homme sain, a amené une diminution de 43 o[o de la toxicité urinaire, et pendant les douze heures qui ont suivi la décompression, la toxicité a diminué encore, elle a été de 66 o[o inférieure à la toxicité de la période correspondante de la journée précédente, puis elle a augmenté, et dans les huit heures suivantes, elle a dépassé de 33 o[o la toxicité de la période correspondante des jours précédents.

MÉDECINE PRATIQUE

Anthrax chez les diabétiques.

Nous avons consacré, il y a quelques années, deux études d'ensemble au diabète. Mais nous sommes loin d'avoir épuisé le sujet, qui est si complexe. Nous en examinerons aujourd'hui un point particulier.

On nous demandait récemment quelle conduite le praticien doit suivre, lorsqu'il voit survenir un anthrax au cours du diabète. Les travaux fort intéressants d'ailleurs, que M. Verneuil et ses élèves ont publiés sur les conditions de l'intervention chirurgicale chez les malades atteints de propathies, ont eu peut-être cet inconvénient, à côté de beaucoup d'avantages, d'inspirer aux chirurgiens une circonspection excessive ; si la tendance actuelle s'accentuait encore davantage, on ne verrait bientôt plus de bistouris qu'aux mains des médecins. Hâtons-nous de dire que le chef d'école n'est point responsable de l'exagération avec laquelle ses idées ont été comprises par quelques-uns. Il a eu grandement raison de dire que l'existence de la glycosurie peut aggraver le pronostic et doit nous rendre réservés dans l'intervention opératoire ; mais on voit aujourd'hui des médecins ne plus oser soulager des malades glycosuriques par crainte d'aggraver leur situation. Or, l'excès en tout est un défaut, a dit le fabuliste.

M. Lecorché nous paraît avoir indiqué le juste milieu dans un chapitre intitulé : *De l'intervention chirurgicale chez les diabétiques* (1), « Il nous semble, dit-il, qu'on a fait de la glycosurie un épouvantail bien capable d'éloigner à tout jamais des tissus du diabétique le bistouri d'un chirurgien prudent. Une pareille exagération nous paraît tenir à un défaut d'appréciation exacte des diverses formes du diabète sucré. Sans doute le diabète intense, le diabète aigu constitue, suivant l'expression de Landouzy, un

(1) Du diabète sucré chez la femme, 1885.

noli me tangere pour le chirurgien; le danger d'une intervention en pareil cas, proclamé de tout temps, reste aujourd'hui encore une vérité... Mais à côté de cette forme grave, il existe d'autres variétés de diabète, bien plus fréquentes, diabètes légers ou moyens, à marche subaiguë ou chronique, qui ne doivent pas inspirer les mêmes appréhensions. Ces diabètes bénins, souvent latents, qui échappent fréquemment à l'attention et qui devalent autrefois passer bien plus souvent inaperçus, quand on n'avait pas pour règle d'examiner *a priori* l'urine de tout sujet soumis à une opération, n'empêchaient pas alors l'intervention chirurgicale. Et nous sommes convaincu, vu la fréquence de cette variété de diabète, que bien des opérations ont été pratiquées chez des sujets qui étaient glycosuriques à l'insu du chirurgien, sans que le résultat fût autre que chez un individu sain. »

M. Lecorché a constaté surtout que la diabète de la femme, ayant un caractère habituel de bénignité et de subacuité, est éminemment tolérant pour les traumatismes chirurgicaux. Il n'a jamais vu survenir de complications à la suite de l'application de pointes de feu ou de vésicatoires, prescrits soit contre des douleurs uévralgiques, soit contre des symptômes thoraciques. Ayant vu guérir une fracture du péroné chez une de ses malades diabétiques aussi régulièrement qu'en dehors de tout état diathésique, n'ayant pas eu à déplorer l'éclosion d'accidents gangréneux ni septicémiques après des opérations telles que la ponction abdominale, l'injection iodée dans un kyste de l'ovaire, la désarticulation de deux doigts, l'ouverture d'un phlegmon diffus, l'incisiou d'anthrax, M. Lecorché en appelle du pessimisme décourageant que certains chirurgiens professent relativement au pronostic des traumatismes opératoires chez les diabétiques.

Il pose donc les règles suivantes. S'il s'agit d'une intervention dont l'urgence est discutable, telle que l'ablation d'une tumeur, les véritables indications d'une intervention rationnelle sont : l'absence de toute complication organique profonde, telle que tuberculose pulmonaire, néphrite interstitielle ou parenchymateuse, affection cérébrale, entérite intense; — une proportion peu élevée de sucre ; — la diminution facile de la glycosurie sous l'influence des médicaments ou du régime ; — enfin et surtout l'existence de l'azoturie.

L'azoturie, en effet, c'est-à-dire l'excrétion quotidieuue d'un chiffre excessif d'urée, prouve que les forces du malade, quelque soit l'âge du diabète n'ont pas baissé, que la nutrition n'est pas atteinte. M. Lecorché considère l'azoturie comme un des meilleurs signes et peut-être le seul qu'on puisse avoir pour juger la résistance vitale, c'est-à-dire, les chances que le malade a de fournir des éléments suffisants au processus réparateur nécessité par toute opération chirurgicale.

Mais, si ce sont là des règles importantes pour décider l'opportunité d'une intervention opératoire discutable, elles n'ont même pas à entrer en ligne de compte quand il s'agit *d'opérations d'urgence*. « Celles-ci, dit M. Lecorché, ne peuvent-être discutées, et, quel que soit le diabète, quand il y a nécessité, l'intervention ne peut être différée. Qu'un abcès ou un anthrax volumineux se développe, il faut inciser ; qu'une ascite, symptomatique d'une cirrhose ou d'une lésion cardiaque, distende l'abdomen et entrave les mouvements respiratoires, qu'un kyste de l'ovaire prenne des proportions considérables, il faut ponctionner ; qu'une hernie s'étrangle, il faut débrider. Aucune crainte ici ne saurait arrêter le chirurgieu, et l'on n'a pas le loisir de chercher à modifier le diabète avant d'intervenir. »

Plus loin M. Lecorché ajoute qu'on ne doit pas rejeter l'incision d'un anthrax, lorsque cet anthrax est douloureux et devient une cause de fièvre.

Empruntons eucore à M. Lecorché quelques renseignements sur les allures de l'anthrax diabétique. Il est avec l'eczéma la complication cutanée la plus fréqueute. Heine avait déjà signalé sa tendance à la récidive, qui, d'après Frerichs et Seegen, peut persister pendant des mois et même des années. Il ne semble pas avoir de siège de prédilection. Il se montre fréquemment au début du diabète ; aussi s'est-on demandé si l'anthrax n'était pas cause de la glycosurie. Mais il est cependant plus ordinaire dans les cas de glycosurie intense, de 70 à 250 grammes par exemple. Il peut atteindre uu volume considérable, et cependant malgré son étendue, il provoque souvent uue si faible réaction de la part de l'économie que la température peut s'élever à peine, que la douleur est très modérée en général. On est en droit d'attribuer en somme à l'anthrax diabétique une bénignité particulière, il suppure moins abondamment et moins longtemps.

Le pronostic est moins bénin quand l'anthrax apparaît à une époque avancée du diabète, chez un sujet déjà cachectisé. C'est alors que quelquefois la glycosurie paraît diminuer, et on est conduit à penser que les lésious inflammatoires de la peau sont la conséquence de la rétention excessive du sucre dans le sang parce que le rein a cessé d'éliminer le sucre en quantité suffisante. La même explication est applicable d'ailleurs à la pathogénie des anthrax survenant chez les malades qui ont une glycosurie intense; on peut dire que chez eux, si considérable que soit l'excrétion du sucre, elle est encore insuffisante pour faire cesser la saturation du sang, de sorte que les conditions d'irritation de la surface tégumentaire restent les mêmes.

Les partisans de la nature parasitaire de l'anthrax peuvent-ils accorder la notion de l'hyperglycémie avec celle du rôle pathogénique des microbes ? Oui, en admettaut que les tissus saturés de sucre et ayant perdu leur vitalité par suite de cette imbibition, deviennent un meilleur terrain de culture pour les microbes anthracogènes, apportés au contact de la peau et qui sur une peau saine n'auraient pu trouver à pulluler.

Verneuil a exposé en ces termes la manière dont il envisage le traitement de l'anthrax. « Il n'y a pas un anthrax, il y a des anthrax. Il est des cas où l'incision est nécessaire, d'autres où il vaut mieux s'abstenir. Les authrax des membres généralement bénins n'ont pas besoin d'être incisés. Il en est de même, quelle que soit la région qu'ils occupent, des petits anthrax nettement circonscrits; mais, lorsqu'ils sont d'un volume moyen ; *a fortiori* s'ils sont volumineux ; lorsque, quoique de petit

volume, ils sont douloureux; enfin lorsqu'il s'agit de ces anthrax qui ont de la tendance à la dissection à l'extension, il faut inciser. L'anthrax est-il petit, circonscrit, mais très douloureux, l'incision est le meilleur moyen de faire cesser la douleur. L'anthrax est-il diffus à tendance envahissante, mais indolent, ce qui a lieu souvent chez les *diabétiques* et les alcooliques, de larges et profondes incisions sont le seul moyen d'en arrêter la marche envahissante. A plus forte raison les incisions sont elles indiquées, lorsque ces deux conditions (douleur et tendance à l'extension) sont réunies... »

Le fer rouge a été proclamé par Valette, le spécifique de l'anthrax, « spécifique plus infaillible que le sulfate de quinine dans les fièvres intermittentes »; il est vrai qu'il ajoutait : quand l'anthrax n'est pas lié à une maladie constitutionnelle.

Le thermo-cautère est vraiment l'instrument de choix, quand on est résolu à intervenir. On fait, à l'exemple de Verneuil, partir les cautérisations du cratère qui marque le sommet de l'anthrax et on les prolonge au delà de la zone malade dans la zone saine, de un centimètre au moins; puis, près de la zone saine, entre les rayons de cautérisation, on plonge le thermo-cautère à une profondeur de 2 à 3 centimètres.

En 1881, M. Lefort a proposé le curage de l'anthrax fait en une séance, de manière à enlever tous les exsudats avec une curette tranchante et tous les bourbillons qui distendent les mailles du tissu celluloadipeux. C'est un procédé si douloureux, que le chloroforme est indispensable; or, chez certains diabétiques, la chloroformisation ne serait pas sans inconvénients.

Aussi serait-il avantageux de pouvoir réussir à enrayer l'anthrax par des moyens moins violents. Or, la notion du parasitisme de l'anthrax est à considérer au point de vue thérapeutique. Il y a bien longtemps qu'on a pensé à faire avorter des anthrax par des applications de solutions caustiques, (beaucoup de caustiques sont des microbicides) par des badigeonnages avec l'acide phénique assez concentré.

Dans une note récente, M. Daniel Mollière, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Lyon, se déclare partisan du traitement de l'anthrax sans incision par la méthode antiseptique. Après avoir rappelé les discussions antérieures entre les défenseurs de l'incision hâtive, ceux de la cautérisation au fer rouge et les partisans de la temporisation, il dit :

« La discussion de ces diverses méthodes me paraît aujourd'hui oiseuse, parce que nous savons quelle est la véritable nature de l'anthrax, ce qu'ignoraient ceux qui nous ont précédés. L'anthrax est la conséquence de l'évolution d'un microbe, aujourd'hui nettement défini.

C'est en partant de ce principe que, depuis plus d'une année, je traite l'anthrax par la méthode antiseptique. Si les lésions sont déjà profondes, si sous un vaste foyer d'anthrax cutané se sont formés des abcès sous-cutanés, l'intervention chirurgicale est de rigueur. Il faut, en un mot, obtenir à tout prix une désinfection complète.

Quand le parasite n'a encore envahi que la peau, les indications ne sont plus les mêmes. On peut faire avorter la lésion et enrayer l'évolution de l'anthrax. »

(1) Lyon Médical 1886.

Lorsque commence l'élimination des bourbillons par les petits cratères de la surface cutanée, on peut en exerçant des pressions légères faire sortir bon nombre d'entre eux et du pus, tandis qu'un jet de solution de sublimé au millième est dirigé sur la surface morbide. Puis on fait une pâte d'acide borique qu'on applique sur toute la surface malade, et qu'on maintient avec un tampon de coton salicylé et une bande de tarlatane aseptique. La même manœuvre et le même pansement sont renouvelés chaque jour.

Sans vouloir entrer dans la question du traitement du diabète, je rappellerai que M. le Dr Dehenne, ophthalmologiste distingué, a préconisé récemment les injections sous-cutanées d'ergotinine chez les diabétiques (1). Notre confrère ayant été amené à pratiquer des injections d'ergotinine pour combattre des hémorrhagies intra-oculaires (rétinite hémorrhagique, glaucome hémorrhagique, hémorrhagies du corps vitré), s'est convaincu que ces injections avaient aussi une action incontestable sur la maladie générale, diabète, cause de l'hémorrhagie. Il y a bien longtemps qu'on a essayé les préparations d'ergot de seigle dans le diabète, mais toujours par la voie stomacale; M. Dehenne s'est assuré qu'en effet l'ergotinine, administrée par cette voie, ne donne aucun résultat. Il en serait tout autrement en injections hypodermiques, à la dose de six gouttes par jour. M. Dehenne insiste en terminant son travail sur les conclusions suivantes dont nous serions heureux que l'avenir démontrât le bien fondé :

« 1° L'action incontestable des injections sous-cutanées d'ergotine ou d'ergotinine sur la disparition *temporaire* et le plus souvent *définitive* des principaux symptômes du diabète, glycosurie, polydipsie, polyurie, amaigrissement rapide, disparition des forces, etc.

2° La disparition *successive* de ces symptômes. La polyurie et la polydypsie disparaissant après les premières injections (en moyenne entre la cinquième et la huitième), la glycosurie diminuant notablement après les deux ou trois premières injections et ne cédant tout à fait qu'à la dixième ou douzième, sans changement apporté au régime du malade.

3° La réapparition assez rapide de la glucosurie, si l'on cesse trop vite les injections sous-cutanées, et sa disparition non moins rapide aussitôt qu'on les reprend.

4° La disparition presque définitive après six semaines à deux mois de traitement.

5° L'*innocuité absolue* des injections sous-cutanées chez les diabétiques. Jamais je n'ai eu à enregistrer le plus petit accident, *tant localement* qu'au point de vue de l'état général.

6° Les avantages considérable qui résultent de cette méthode comme préparation des diabétiques à subir une intervention chirurgicale quelconque, en particulier l'opération de la cataracte.

7° La facilité extrême du traitement, avec conservation absolue des fonctions digestives et sans le monceau d'entraves apportées habituellement à l'alimentation des malades ». P. Le Gendre.

(1) Société de médecine de Paris 1886.

CAISSE DES PENSIONS

En réponse à l'article malveillant pour la *Caisse des pensions*, paru dans l'Union médicale, notre ami M. Lande, secrétaire-général, a répondu la lettre suivante, qui a paru dans l'Union médicale du 15 mai.

*A Monsieur Ch. E..., rédacteur de l'*Union médicale.

Monsieur,

Je viens de lire votre article « Intérêts professionnels » dans l'*Union médicale*, nº du 1er mai 1886, page 700. Vous deviez certes supposer, en le signant, qu'il ne resterait pas sans réponse ; aussi bien je ne déteste pas la discussion et je saisis une bonne fois l'occasion que vous m'offrez de dire tout ce que je pense à ceux qui employent les mêmes procédés de controverse que vous.

« *L'Université*, dites-vous en première ligne, « *serait bien inspirée en ouvrant à la Faculté une chaire d'économie médicale* » ; je suis absolument de votre avis, et je regrette que cette création n'ait pas été faite il y a quelques lustres. Je n'aurais pas reçu, depuis quatre ou cinq ans, bon nombre de lettres qui me prouvent d'une façon indubitable que beaucoup de médecins n'entendent rien aux chiffres et s'imaginent volontiers qu'il suffit de quelques sous de cotisation annuelle pour leur garantir secours et assurances contre tous les accidents de la vie commune, contre toutes les mauvaises chances de la profession.

Mais à côté de cette chaire d'économie médicale, il en est une à mon sens beaucoup plus nécessaire, celle de déontologie médicale. Si on la crée jamais — ce que je n'ose espérer — je vous recommande fort de suivre le cours, ainsi que M. Damourette, et de ne pas manquer en particulier la leçon que fera certainement le professeur sur ce sujet « Rapports entre confrères ; droits, devoirs et convenances ». Vous y apprendrez l'un et l'autre qu'il n'est pas permis de dire à un confrère qu'il fait à ses camarades des « *promesses mensongères* » et qu'il s'est mis à la tête d'une « *entreprise* » contre laquelle doit prémunir « *la prudence la moins craintive* », ou bien, quand on écrit de semblables choses, on les prouve et on n'emploie pas vis-à-vis de son adversaire des procédés de discussion inadmissibles entre gens qui se respectent.

Vous répétez après M. Damourette et en le soulignant :

« Les statuts (de la Caisse des pensions) ont grand soin de spécifier *qu'ils ne garantissent pas le paiement* DES RENTES ASSURÉES ».

Or les statuts disent, page 14, art. 22, paragraphe 2 : « A partir de 1894 les recettes indiquées dans le bilan du 31 décembre précédent, déduction faite des retenues prévues par les articles 17 et 30 et des frais d'administration, seront partagées chaque année entre les ayants droit à la pension. »

Et page 15, art. 23, paragraphe 1 :

« La pension ne pourra pour le moment dépasser le chiffre maximum de 1,200 francs. »

C'est dans des notes, à la suite des statuts, notes destinées à expliquer leur fonctionnement et à démontrer que les calculs sont établis sur des données positives que je dis : (page 20).

« Dans tout ce qui précède, il est toujours question de la retraite type de 1,200 francs, mais il est bien entendu que cette retraite n'est pas assurée.

D'après les calculs, elle sera certainement obtenue puisqu'il a été jugé indispensable de bien préciser dans les statuts que ce *chiffre* serait un *maximum*, mais il a paru en même temps prudent aux fondateurs de la Caisse de ne rien garantir afin de ne pas se trouver dans la nécessité de toucher au capital inaliénable pour servir les pensions. »

Saisissez-vous la différence ?

Vous prétendez que *nous ne garantissons pas le* PAYEMENT DES RENTES ASSURÉES ; tandis qu'en réalité : La Caisse *ne garantit pas le* CHIFFRE, LA QUOTITÉ DE LA PENSION, tout en faisant suivre cette restriction de la démonstration mathématique que le chiffre type de 1,200 francs sera dépassé et cela d'une façon tellement positive que *statutairement* ce chiffre est pour le moment établi comme un *maximum*.

Il y a une nuance, ce me semble, entre vos imputations et nos affirmations : celle qui existe entre le blanc et le noir, le vrai et le faux, la critique loyale et l'attaque calomnieuse.

Avouez que vous n'avez pas lu nos statuts ? Vous en parlez par ouï-dire, ou pour avoir rencontré des analyses malveillantes. Le souci de votre dignité d'écrivain, la juste appréciation de l'autorité du journal dans lequel vous écrivez et de l'importance du sujet auraient dû vous faire faire un examen plus sérieux de la question. Vous n'auriez pas alors tenté de dénoncer au public médical les fondateurs, les directeurs et les administrateurs de la Caisse des pensions dont la liste se trouve à la première page des statuts, et au nombre desquels se rencontrent quelques-uns de vos amis et de vos maîtres.

Quant à la discussion des chiffres que m'oppose M. Damourette, vous recevrez sous peu la *réponse* que j'adresserai à ce confrère, qui a repris et réédité un certain nombre des objections qui m'ont été faites et que j'ai déjà bien souvent réfutées pendant notre période d'organisation. Vous vous rendrez facilement compte de ce qu'il en reste, si vous voulez bien honorer ma réponse d'un examen plus attentif que celui que vous avez accordé à nos statuts.

En réfléchissant que l'Association générale des médecins de France, je veux dire son Conseil général, s'est toujours obstinément refusée à sortir de son rôle strict de Société de secours mutuels, vous auriez aussi aisément compris qu'à côté d'elle, et non pas « *hors* » d'elle, comme vous le dites, « *certains membres de la profession aient convié leurs confrères à faire avec eux ce que l'Association ne faisait pas.* » Si « *leur prétention n'était pas mince* », ils y étaient « *poussés par d'autres motifs que l'instinct d'imitation* » ; — j'en conviens, — c'est par l'instinct plus élevé du perfectionnement et du progrès.

Il est fâcheux que l'Association ait méconnu ce mouvement de solidarité professionnelle que vous nommez improprement socialisme médical ; elle aurait dû se mettre à sa tête et le diriger. Lisez nos annuaires et vous verrez où en était, il y a trois ans

seulement, et où en est aujourd'hui l'Association générale vis-à-vis des syndicats médicaux.

Il en sera de même pour toutes les œuvres qui se proposeront l'amélioration du sort des membres de notre profession, toujours faite de dévouements et de sacrifices, et si souvent récompensée par des déboires.

Pour la Caisse des pensions en particulier, la séance qu'ont tenue ce matin même ses adhérents les aurait tôt rassurés, s'il eût été besoin, sur l'avenir de leur œuvre. La situation est telle qu'ils ne demandent qu'une chose : se faire connaître, se répandre, attirer à eux le plus grand nombre possible de confrères, car ils ont confiance absolue dans l'avenir. Aussi font-ils appel à tout le public médical et ils ne *s'étonneront pas si la critique s'arrête à leurs statuts.* — Vous ne vous y êtes pas arrêté longtemps !... pas vrai ? — *Ils ne s'en prendront à personne de cette attention;* bien plus, ils remercieront ceux qui la leur accorderont. Mais, pour vous retourner une de vos phrases, la seule critique médicale qu'ils sollicitent est celle de tous les honnêtes gens.

En terminant, il me vient une idée : Vous n'avez pas lu nos statuts ! Je vous en offre un exemplaire. Vous seriez impardonnable, à l'avenir, d'en parler aussi légèrement.

Je vous présente mes sincères salutations.

D[r] LANDE.

2 mai 1886.

CORRESPONDANCE

Rectification.

Versailles, 11 mai 1886.

Monsieur le Rédacteur,

« Sic vos non vobis mellificatis, apes ».

Je viens de lire une communication, publiée par le *Concours médical* (Décembre 1885, janvier 1886), sur la trépanation de l'apophyse mastoïde qu'aurait faite M. le docteur Bréchot, *assisté* de MM. XX. et Gavoy. Mon rôle n'ayant pas été celui que M. le docteur Bréchot me fait le petit honneur de m'attribuer publiquement, je me crois obligé de remettre les choses dans leur véritable jour.

Je fus appelé, *vers le 20 juin*, par M. X... Le malade présentait un faciès profondément cachectique et l'habitus tout particulier aux affections de l'oreille. « Il avait, me dit-il, une otorrhée depuis le mois de « Janvier, qui le faisait beaucoup souffrir. Un abcès « s'était formé sur l'os de derrière l'oreille ; son « médecin, M. Bréchot, l'avait ouvert au *mois d'avril* « et l'on faisait par le trou, depuis cette époque, des « injections qui sortaient par le nez. Mais lorsque « l'ouverture venait à se boucher, il était pris de vertiges, d'étourdissements, de douleurs atroces dans « la tête, d'insomnie complète, jusqu'à ce que le pus « se fît jour au dehors ». — Je constatai un trajet fistuleux au niveau de l'apophyse mastoïde droite, communiquant avec l'oreille moyenne, et l'hypertrophie du tissu spongieux ; je conseillai la trépanation de l'apophyse.

M. le docteur Bréchot, le médecin traitant, fut d'un *avis contraire ;* pour appuyer le rejet de l'opération, il lut à la famille, je ne sais plus dans quel auteur, une appréciation assez sombre sur la gravité de cette opération. — Appelé de nouveau, en présence du pronostic grave et de l'imminence des dangers qui menaçaient le malade, soit par le voisinage d'une carie consécutive du rocher, soit à la suite de fusées purulentes se portant vers la base du cerveau, en suivant un des divers conduits osseux, je maintins ma première opinion. M. le docteur Bréchot déclara qu'il n'accepterait l'opération que *lorsqu'il aurait la main forcée par les accidents cérébraux.* — Attendre ce moment, c'était faire une opération *in extremis* !... j'insistai donc encore; le malade fut envoyé à M. Duplay qui, non seulement admit la nécessité de l'opération, mais aussi la déclara urgente. Quelques jours après, je fus *avisé* le soir que M. le docteur Bréchot ferait le lendemain matin l'opération avec le concours de deux de ses confrères. Devant un tel procédé, je déclarai le matin à la famille *qu'ayant le premier indiqué l'opération, insisté pour qu'elle fût pratiquée,* malgré la lecture du tableau de gravité faite par M. le docteur Bréchot, je ne pouvais plus en accepter la responsabilité et que je me retirais.

La famille intervint en réclamant ma prépondérance, désirant que l'opération ne fut faite qu'en ma présence Le malade fut chloroformisé ; l'incision des téguments fut pratiquée avec le thermo-cautère au lieu du bistouri, ainsi que je le désirais. — Mais déjà toutes les dispositions étaient prises ! — Je passe sous silence les incidents de l'opération et les soins consécutifs, que je suivis sur la demande de la famille. Lorsque la plaie fut en bon état, je conseillai une saison thermale. M. le docteur Bréchot choisit la Bourboule, je préférai une eau sulfureuse, Saint-Honoré-les-Bains, pour la commodité du malade. Mon avis prévalut encore cette fois. — M. le docteur Bréchot a-t-il l'initiative de cette opération assez rarement pratiquée ? — N'ai-je fait que l'assister dans cette opération ? — Je ne crois pas. — Reddite Cœsari quæ sunt Cœsaris !

E. GAVOY.

Médecin principal de l'armée, attaché à l'hôpital militaire de Versailles.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Assurance médicale Anglaise contre la maladie, sur la vie et pensions de retraite.

Séance du 4 avril 1886.

Le revenu du 1[er] trimestre de l'année a été de près de 50 000 francs, en y comprenant les intérêts des sommes accumulées en deux années. Les réserves accumulées dans le même espace de temps atteignent deux cent soixante mille francs. Les progrès de l'institution sont constants. Trente-et-un membres nouveaux se sont fait inscrire durant le premier trimestre de 1886.

La société a payé, comme assurance sur la vie, deux primes aux ayant droit de deux sociétaires dé-

cédés : l'une de cinq mille, l'autre de deux mille cinq cents francs.

Pour la maladie, on a versé à trente-six membres, pour 115 semaines de maladie, environ *huit mille francs*, plusieurs de ces indemnités ont été payées pour des maladies courtes, soudaines, dues à la saison rigoureuse et pour deux *accidents*. Malgré ces versements considérables, leur montant a été notablement moins élevé que ne le prévoyaient les tables de calculs de prévisions.

Depuis le début du fonctionnement de l'*Assurance contre la maladie* on a payé une somme de 47 000 fr. environ aux médecins malades et néanmoins on a pu mettre en réserve cent sept mille francs.

Cette réserve appartient exclusivement aux adhérents de la Branche Assurance contre la maladie.

Aussi, le succès de la Société Médicale a-t-elle suscité deux autres Associations Assurance contre la maladie qui ne se bornent pas à assurer les médecins.

Une réunion aura lieu, en août, à Brighton, en vue de modifier quelques articles des statuts; on veut permettre l'entrée des veuves des membres, modifier le système des annuités, etc.

II

Loi Chevandier et suppression de l'Officiat.

Monsieur le Directeur du *Concours médical*,

Dans le numéro du 1er mai de votre excellent journal, je trouve, sur la loi *Chevandier* et la suppression de l'Officiat, des réflexions qu'il me paraît impossible de laisser sans réplique.

Bien qu'habitué à voir les intérêts et les prétentions s'étaler à la place des principes, je ne puis résister au désir de montrer, sous un autre jour, les arguments développés dans la lettre de votre correspondant.

Le projet de loi en question demande la suppression de *l'officiat*. — A cela, votre correspondant déclare pleinement souscrire ; mais non pas aux considérations invoquées, ni aux précautions recommandées par le docteur *Chevandier*.

Celui-ci, en effet, se base sur des faits d'ordre général : 1° le trop plein de la carrière médicale; 2° l'inutilité actuelle de deux ordres de médecins; 3° le danger de leurrer des jeunes gens par l'appât d'un diplôme trop accessible ou paraissant tel. Et tout se termine par une transaction : on ne fera plus d'officiers de santé ; mais on offrira aux anciens des facilités pour devenir *docteurs* s'ils remplissent certaines conditions.

Inde iræ! Il est impossible à votre correspondant d'accepter cela.

Qu'une bonne loi proclame que, les officiers de santé étant des médicastres ineptes, on ne doit plus en diplômer, rien de mieux. Mais ceux qui survivront, puisque la loi ne peut avoir d'effet rétroactif, doivent porter toujours le sceau d'incapacité que la loi nouvelle aura ajouté à leur diplôme. — Point de transaction, sans quoi 14 000 docteurs, à l'exception possible du docteur Chevandier, seront mécontents !

Si les officiers de santé veulent devenir docteurs qu'ils repassent à la filière. (A vrai dire, je voudrais bien voir tous les docteurs repasser à 50 ans leurs cinq examens.)

Pourquoi une transaction ? Le projet Chevandier parle d'épreuves ; mais ces épreuves ne seraient pas sérieuses, nous seuls avons subi des épreuves sérieuses.

Et puis, à supposer même que ces examens aient un semblant de valeur, les officiers de santé, devenus *Docteurs*, auraient-ils acquis les connaissances littéraires et scientifiques qui font de nous non seulement des praticiens, mais encore des hommes instruits !!!

Conclusion : qu'on déclare les officiers de santé des êtres inutiles et même dangereux, mais ne laissez sortir personne de la secte des *parias*.

Voilà, à mon point de vue, les arguments que je trouve dans la lettre de votre correspondant. Je m'incline devant une supériorité si hautement proclamée. Tout le monde en fera-t-il autant ?

Agréez, Monsieur, etc.

2893

Officier de santé, 16 inscriptions de doctorat, bachelier, ex-candidat à l'Ecole polytechnique.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

L'Association et la révision de la loi sur les Syndicats.

Nous croyons utile de reproduire la péroraison du compte rendu général de M. le Dr Foville, secrétaire général, sur la situation et les actes de l'Association des médecins de France. Notre éminent confrère y exprime le souhait que la loi du 21 mars 1884 devienne applicable aux Syndicats médicaux.

J'aborde une dernière question, celle de la situation faite aux Syndicats médicaux par l'arrêt de la Cour de cassation qui, confirmant les jugements de Domfront et de Caen, n'a pas admis que la loi du 21 mars 1884, sur les Associations professionnelles, fût applicable aux personnes exerçant des professions libérales, et, par conséquent, aux Membres du Corps médical.

Une pareille décision pouvait-elle être prévue ?

Oui, si l'on s'en rapportait à un certain courant d'opinion, régnant au Palais, d'après lequel les Membres des professions libérales et les Médecins en particulier, n'auraient pas d'intérêts économiques communs à discuter et à défendre ;

Non, si l'on mettait sa confiance dans le texte même des principaux articles de la loi, dans l'esprit de libéralisme général qui s'était nettement manifesté, au cours de la discussion, notamment par l'organe de

l'honorable Rapporteur devant le Sénat, et, après le vote définitif de la loi, dans la circulaire du Ministre de l'Intérieur, en date du 25 août 1884, destinée à en diriger l'application.

L'arrêt de la Cour suprême, adoptant, dans l'espèce qui lui était soumise, une interprétation restrictive des droits concédés par la nouvelle loi, a soulevé de justes protestations de la part des Syndicats médicaux.

Quelle devait être, dans cette circonstance, l'attitude de l'Association, et plus particulièrement celle de son Conseil général ?

Le Conseil a pensé qu'il devait se conformer strictement aux décisions prises, il y a un an, par votre dernière Assemblée générale, à la suite de l'enquête approfondie et impartiale faite, auprès de toutes les Sociétés locales, sur les Rapports à établir entre ces Sociétés et les Syndicats médicaux.

Vous vous rappelez, Messieurs, que ces décisions peuvent se résumer en peu de mots. Vous avez déclaré qu'entre l'Association et les Syndicats, il y avait lieu, à moins de circonstances particulières, d'observer des relations de bon voisinage, de confraternité bienveillante, d'entente cordiale, tout en maintenant l'indépendance des deux ordres de Sociétés.

Telle était la formule que le Conseil général devait scrupuleusement observer. Aussi c'est d'elle qu'il s'est inspiré lorsque l'honorable Président de l'Union des Syndicats de France, M. le Dr Marguerittte, qui est en même temps Membre très dévoué de l'Association, et Vice-Président d'une de nos Sociétés locales les plus importantes, celle de la Seine-Inférieure, l'a prié de se joindre à lui dans ses revendications auprès du Parlement.

Quelque regrettable que nous parût une jurisprudence judiciaire, qui, si elle se trouvait confirmée, aurait pour effet de priver le Corps médical d'avantages que l'on était autorisé à considérer comme octroyés à toutes les professions, sans exception, le Conseil a pensé que c'était à votre Assemblée générale, seule, qu'il appartenait de décider de la conduite à suivre en pareille circonstance, et il a tenu à ce que la question restât entière et intacte, jusqu'au jour où toutes les Sociétés locales, réunies dans leurs grandes Assises annuelles, seraient appelées à se prononcer.

Il a été d'autant plus encouragé à observer cette réserve que la question ne se présentait pas avec un caractère d'urgence immédiate, et que, en raison des délais inséparables de la procédure parlementaire, un retard de quelques semaines, voire même de quelques mois, ne pouvait pas avoir d'inconvénient réel.

D'autre part, une décision prise par les délégués du Corps médical, réunis de tous les points du territoire français, ne pouvait manquer d'avoir, au yeux des Chambres, une autorité beaucoup plus grande qu'une démarche faite par un groupe restreint de ses représentants.

Voilà, Messieurs, tels que nous les avons fait connaître dès le début, et que nous vous les exposons de nouveau, les motifs de notre attente. Le Conseil n'hésite jamais à résoudre lui-même les questions particulières qui lui sont soumises ; mais c'est toujours aux Assemblées générales qu'il laisse le soin de se prononcer sur les questions de principe qui touchent aux intérêts généraux de la profession ; aussi a-t-il été unanime à penser que, dans le cas actuel, il était de son devoir de vous laisser la parole. Il a le ferme espoir que vous ne le désapprouverez pas.

Mais, en même temps, il a voulu que l'attention de toutes les Sociétés locales fût appelée sur cette question, et, dans sa circulaire du 12 janvier 1886, il les a invitées à profiter de la réunion extraordinaire du 18 mars, spécialement consacrée à l'élection présidentielle, pour arrêter leur opinion à cet égard, et indiquer à leurs délégués le sens dans lequel ils auraient à voter.

Pour compléter les renseignements que le Conseil est à même de vous fournir sur cette importante question, je dois vous dire encore que la Chambre des députés en est déjà saisie. Le 5 février dernier, M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne, ancien interne des Hôpitaux de Paris, membre de l'Association générale et du Concours médical, a déposé un projet d'article additionnel, ainsi conçu :

« Les dispositions de la loi du 21 mars 1884, sur les « Syndicats professionnels, sont applicables aux Médecins ; » puis, le 11 mars, il a présenté à la Chambre une pétition exprimant le même vœu, et signée par 1373 médecins.

C'est à vous, maintenant, Messieurs, qu'il appartient de décider ce que l'Association générale des Médecins de France doit faire dans les conjonctures actuelles. Beaucoup de Sociétés, du reste, ont déjà fait connaître leurs désirs en exprimant le vœu que le Corps médical ne reste par privé des attributions qui, depuis la nouvelle loi, constituent le droit commun des Associations professionnelles.

Si telle est l'opinion adoptée demain par la majorité de cette Assemblée, nous serons prêts à lui soumettre un projet de pétition adressée au Sénat et à la Chambre des députés, dans le but d'obtenir que la loi du 21 mars 1884 soit rendue applicable à toutes les professions libérales. Cette formule, la plus large et la plus compréhensive possible, montrerait bien qu'il ne s'agirait nullement de réclamer un privilège, mais seulement de demander l'application d'un principe général, et nous pensons qu'à ce titre, elle a droit aux préférences d'une Assemblée animée, comme la nôtre, d'un véritable esprit de libéralisme. »

De quelques-unes des causes qui ont amené la création des syndicats. — Petit bonhomme vit encore. — Dans l'Aveyron. — Le mot et la chose.

Dans un précédent article nous avons parlé du mouvement qui entraîne les individus à des groupements divers répondant à des besoins créés par les conditions de l'existence dans la société actuelle. La lutte pour l'existence est, en effet, devenue de nos jours plus vive, plus ardente qu'elle ne l'a jamais été. Chacun cherche à améliorer une situation devenue par trop difficile et les individus se sentant impuissants à réaliser, dans l'isolement, les améliorations rêvées, se sont groupés de différentes manières. Ils ont mis en commun des efforts qui, séparément, n'eussent abouti qu'à de bien minces conséquences,

mais qui, solidement groupés, peuvent permettre d'espérer des résultats importants et durables.

Telle a été la cause principale qui a déterminé la création de nos syndicats médicaux ; c'est aussi le secret de leur vitalité. Et si, après l'arrêt rendu, l'année dernière, par la cour de Cassation, dans le procès de Domfront, nous avons vu survivre ceux qui existaient déjà et que des personnes peu sympathiques avaient, dans leur naïveté, pu croire mortellement frappés parce que, sans doute, tel est leur désir secret ; si nous avons eu la satisfaction de voir le mouvement imprimé continuer à se propager ; c'est que les syndicats sont venus, à leur heure, combler une lacune, et qu'ils répondent à une nécessité de notre époque.

La création d'un de ces groupes, survenue récemment dans le *Centre Seine-et-Oise* n'est point un fait destiné à rester isolé. Un grand nombre d'autres sont en préparation et leur existence aujourd'hui virtuelle, ne saurait tarder à devenir effective. Nous pourrions citer tel de nos confrères qui, dans sa région, a déjà recueilli plus de quarante adhésions, tel autre qui en possède vingt-cinq, et qui attendent quelques nouvelles recrues pour instituer définitivement les sociétés dont ils ont pris l'initiative.

Nous ne saurions les blâmer de faire tous leurs efforts pour tâcher de gagner l'adhésion de la presque unanimité des confrères de leur région ; mais cette unanimité ne pourra être obtenue qu'à la longue, — si tant est qu'on puisse la réaliser, — et nous ne saurions trop engager les promoteurs de ces syndicats à mettre la dernière main à leur œuvre et à faire acte d'existence ; ce sera peut-être le meilleur moyen d'entraîner les retardataires : rien n'est contagieux comme l'exemple.

Voulez-vous une preuve de la justesse de ce vieux dicton ? Voyez ce qui se passe dans le département de l'Aveyron. M. le docteur Volouzac, qui déjà, en 1875, avait émis devant la société locale de ce département le vœu de l'établissement de règles précises de Déontologie, vient de présenter (séance du 5 octobre 1885) un projet de règlement auquel il a été fait un accueil plein de bienveillance par les confrères présents à la séance. La société de l'Aveyron en a même voté l'impression et la distribution parmi ses membres.

Or, voyons en quoi consiste ce règlement.

Le travail de notre honorable confrère est divisé en quatre chapitres que nous allons rapidement analyser ou du moins indiquer.

Dans un premier chapitre M. Volonzac traite des devoirs généraux du médecin à l'égard des malades, et il passe ensuite en revue les droits qui lui appartiennent. C'est l'occasion d'examiner la question d'un tarif minimum d'honoraires que tous devront accepter, et celle du recouvrement Les honoraires devront être réclamés deux fois par an (art. 6), dit notre confrère, et si, dans la quinzaine, le client ne s'est pas présenté, une seconde lettre lui serait adressée sans retard « *le mettant en demeure de se présenter dans la huitaine, s'il ne veut s'exposer à subir des frais.* » L'auteur de ce projet va même jusqu'à introduire un article destiné à « *prémunir le médecin contre l'ingra-* « *titude et la mauvaise foi des clients.* » Dans ce but « les associés résidant dans une même localité ou « dans des localités voisines, devront se faire con- « naître les mauvais payeurs, les chicaneurs, les « marchandeurs et les inconstants qui vont, par « calcul, d'un médecin à l'autre, sans en rémunérer « jamais aucun. »

Constatons que le mal signalé par notre confrère est général ; qu'en agissant ainsi qu'il l'indique le médecin est, en quelque sorte, dans le cas de légitime défense. Ainsi compris, le *Livre noir* est donc utile et légitime, malgré les violences qu'il provoqua jadis contre le corps médical de la part d'une revue mal renseignée, sans doute, et aujourd'hui disparue.

Nous n'avons rien à dire du chapitre suivant, intitulé « relations du médecin avec le public » et qui aurait pu, sans inconvénient, être fondu dans le premier paragraphe du chapitre 1er. Nous ne voulons pas insister d'avantage sur le chapitre où l'auteur examine les relations que le médecin doit avoir avec ses confrères. Nous y trouvons d'excellents conseils ; nous y trouvons aussi des dispositions qui traduisent, sans doute, des habitudes locales, mais qui sont en contradiction avec ce qui se passe dans d'autres régions. Nous aurons occasion d'y revenir plus tard, et nous passons aux dispositions finales.

Voici ce que nous lisons à l'article 46 : « Tout so- « ciétaire convaincu d'avoir violé le règlement rece- « vra un premier avertissement... en cas de réci- « dive, une sévère réprimande... — Une troisième « infraction entraînera de droit l'exclusion de la so- « ciété prononcée en assemblée générale. Cette « exclusion sera notifiée par le bureau et insérée au « compte rendu annuel. »

J'aime les situations nettes : en voilà une, et ce règlement ne me déplaît pas. Mais est-il applicable à une Société de secours mutuels, et la Société de l'Aveyron sera-t-elle plus heureuse que certaines autres auxquelles l'administration supérieure a rappelé, assez brutalement, de reste, qu'elles n'avaient à s'occuper que de mutualité ? Ne leur a-t-on pas assez montré comme une épée de Damoclès suspendue sur leur tête et signifié, au besoin, qu'elles n'avaient qu'à se faire oublier et à ne pas attirer l'attention sur les faveurs exceptionnelles dont elles jouissaient et qu'on pourrait bien leur retirer ? Nous avons plusieurs fois rappelé ici même des menaces de ce genre qui, il faut bien en convenir, ont obligé l'Association générale à n'aborder que timidement quelques uns des côtés du programme qu'elle s'était tracé.

Nous ne savons pas, à l'heure actuelle, le sort réservé par la Société de l'Aveyron au projet de notre honorable confrère. Mais on nous permettra deux remarques importantes : la première, c'est que si M. Volouzac a cru devoir proposer ce règlement et si la société locale à laquelle il l'a présenté en a ordonné l'impression et la distribution, c'est que, disons-nous, dans l'Aveyron, comme partout, on est convaincu du besoin de lutter plus énergiquement qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour et de resserer les liens qui nous unissent : c'est par conséquent une preuve que notre grande Association générale, malgré tout le bien qu'elle fait, ne saurait suffire à tous les besoins.

La seconde observation que nous voulons faire, c'est que, pour améliorer un règlement insuffisant ou défectueux, notre honorable confrère a emprunté aux syndicats ce qui constitue précisément leur raison d'être et qui légitime leur existence, c'est-à-dire la question des tarifs médicaux et du recouvrement des honoraires, de telle sorte que l'adoption de son projet transformerait la Société de l'Aveyron en un véritable syndicat. C'est à nos confrères de juger s'il leur convient d'agir ainsi. Pour notre compte nous eussions préféré qu'on eût laissé à la société locale son organisation première et qu'à côté d'elle, pour la compléter et la fortifier, on eût, sans hésiter, créé un syndicat.

Je n'ignore pas quelle est chez nous la puissance des mots : ils exercent presque fatalement une action répulsive ou attractive, selon les tempéraments. Est-ce que nos confrères de l'Aveyron seraient effrayés par le mot Syndicat? Puisqu'ils veulent la *chose*, pourquoi ne pas accepter le *mot?*

Dr BARAT-DULAURIER.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des gerçures du sein.

(Dr Pinard.)

Dès que les crevasses apparaissent, et même on peut dire dès qu'il y a de la sensibilité au moment de la tétée, on applique sur le mamelon et l'alvéole une compresse pliée en quatre et imbibée de la solution d'acide borique; cette solution doit être titrée de la façon suivante :

Eau distillée . . . . . 200 grammes.
Acide borique . . . 6 —

On peut aussi employer sans inconvénient la solution saturée à 4 p. 100.

Sur la compresse, on placera un morceau de taffetas gommé, afin d'éviter l'évaporation. Sur le taffetas, on applique une couche de ouate, et le tout est maintenu avec un bandage de corps.

NOUVELLES

L'Académie des Sciences a offert à son doyen M. Chevreul dans la séance dernière un bronze : l'Étude et la Méditation. La fête du centenaire de M. Chevreul ne sera qu'au mois d'août, mais M. Jurien de la Gravière a déclaré qu'on avait devancé cette date de peur qu'à cette époque, celle des vacances, un certain nombre d'académiciens ne fussent absents. L'amiral a terminé son allocution par cette phrase à l'adresse du héros de la cérémonie :

« Ce que l'Académie a voulu célébrer dans sa verte et majestueuse vieillesse, ce n'est pas la durée, c'est avant tout l'emploi qu'il a su faire de ce bienfait exceptionnel de la Providence. »

— Le fonds d'encouragement pour les études sur la guérison de la tuberculose dépasse 40,500 francs.

— M. le ministre de la guerre a lu mardi matin au conseil des ministres le projet de loi organique militaire qu'il vient d'élaborer.

Ce projet porte, entre autres dispositions, que la proportion des sursis d'appel est portée à 10 p. 100, dont 7 p. 100 seront renouvelables pendant quatre ans, *pour cause d'achèvement d'études*, afin de sauvegarder les carrières libérales. Les docteurs en médecine feront un an de service en qualité de médecins auxiliaires.

— Le conseil d'État vient d'émettre un avis défavorable sur le renvoi au Sénat de deux pétitions tendant, la première à ce que le privilège accordé aux médecins pour les honoraires s'appliquent à la maladie qui précède la faillite aussi bien qu'à celle qui précède la mort; la seconde, à ce que la prescription pour les créances médicales fût étendue de un à cinq ans, ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës et cinq ans pour les maladies chroniques.

NÉCROLOGIE

Monsieur le Directeur,

Voici quelques détails sur la mort d'un de nos confrères, le docteur Okynczic, de Villepreux (Seine-et-Oise), un de nos collègues du *Concours médical*, dont il était membre très dévoué.

Okynozic a succombé en quatre jours, emporté par une pleuro-pneumonie à forme typhoïde. Au cours d'une véritable épidémie de cette affection, qui ravageait sa clientèle, voisine de la mienne, il a été frappé sur la brèche en se dévouant pour ses clients.

Malade déjà depuis trois jours, il a voulu visiter ses malades, est même sorti la nuit, tout frissonnant de fièvre. Je le voyais le lendemain matin, il se disait frappé à mort. Mais, malgré la gravité de cet ébat général, si alarmant dès le début, je croyais dire vrai en le rassurant, et je comptais sur ses quarante-six ans pour résister. Quatre jours après, tout était fini; sa chère famille n'avait plus son soutien !

Notre regretté confrère avait adhéré, dès le début, à la *Caisse des pensions*. Était-il dans les conditions à pouvoir en retirer un bénéfice par une combinaison assurance ? Je n'en sais rien.

Nous, ses confrères, nous pouvions être fiers de le compter parmi nous. Il a honoré notre profession par sa vie comme par sa mort. Et, chose rare, sa perte a été un deuil public dans sa clientèle, comme en a témoigné le grand nombre de ceux qui ont voulu lui rendre les derniers devoirs.

Agréez, Monsieur le Directeur, etc.

Dr GRELLIÈRE.

Neauphle-le-Château.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. rc, 14, rue Delambre.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Ce fait clinique indéniable que les troubles nerveux les plus nombreux et les plus différents sont associés à des troubles fonctionnels chroniques du tube digestif, a depuis longtemps préoccupé les médecins et fait naître les hypothèses les plus diverses relativement à la nature du lien qui unit la névropathie et les gastro-pathies. Nous avons fait connaître, il y a peu de temps, les opinions de M. Bouchard sur ce point de pathologie générale, et nous nous sommes efforcé de montrer que les perturbations apportées à la nutrition par l'existence d'une dilatation de l'estomac permettent d'expliquer ce problème clinique. Appelons aujourd'hui l'attention de nos lecteurs sur une conception pathogénique que M. le Dr Fr. Glénard (de Lyon) présente en ce moment au monde médical comme une autre solution du même problème. La *gastroptôse* et l'*entéroptose* sont-elles appelées à détrôner la dilatation de l'estomac, comme le croit M. Glénard ? La question vaut la peine d'être examinée. Dans le mémoire que notre confrère vient de faire lire à la Société médicale des hôpitaux se trouve contenu tout un système pathogénique fort ingénieux, mais basé sur certaines constatations anatomiques qui nous semblent sujettes à caution.

« La neurasthénie, dit M. Glénard, (nervosisme, névropathie, névrose protéiforme, maladie nerveuse, état nerveux, nervosité, fièvre nerveuse, épuisement nerveux, surexcitation nerveuse, vapeurs, maladie vaporeuse, névropathie cérébro-pneumo-gastrique, cérébro-cardiaque, cérébro-gastrique, dyspepsie nerveuse, etc.) est une affection chronique dans laquelle tous les organes, tous les appareils, tous les systèmes peuvent être successivement ou simultanément en souffrance, où l'on ne trouve aucune lésion locale, affection dont on ne pose le diagnostic qu'après élimination de toutes les maladies déterminées; dont le pronostic est éventuel et exige l'épreuve du temps, dont le traitement épuise la patience du malade et du médecin. C'est parce qu'on ne trouve pas de lésion qu'on est convenu de dire qu'il n'y en a pas, et parce qu'on ne peut expliquer les symptômes, qu'on est convenu d'incriminer le système nerveux. La neurasthénie est une entité morbide arbitraire. »

M. Glénard propose la classification suivante des symptômes si nombreux confondus actuellement sous l'étiquette de neurasthénie.

1° Symptômes *asthéniques* (faiblesse, lassitude habituelles, faiblesse d'estomac, faiblesse des reins);

2° Symptômes *mésogastriques* (délabrement, talement, barrement, tiraillement, serrement, poids, creux, fausse faim, qui sont tous synonymes);

3° Symptômes *gastriques* ou chomeléens — ainsi appelés sans doute en l'honneur de Chomel, qui a fait de si remarquables travaux sur les dyspepsies, mais qu'il eût été au moins aussi équitable de mettre sous le patronage de Beau, qui a surtout bien vu la connexion entre les gastropathies et les troubles généraux de l'économie. Quoi qu'il en soit, ces symptômes dits chomeléens, sont *a.* flatulence, y compris les symptômes *vaporeux*, étouffement, gonflement, oppression, vapeurs, bouffées, baillement ; *b.* douleur, aigreur, crampe, brûlure, vomissement);

4° Symptômes *névrosiformes* (d'apparence cérébrale ou spinale : insomnie, frilosité, sueurs, frissonnements, irritabilité, hypochondrie, mélancolie, impuissance, céphalalgie, vertiges, tintements, toux, palpitations, polyurie, hypocrinies, crampes, névralgies, crises, etc., etc.).

D'autre part, M. Glénard affirme que, dans la neurasthénie confirmée, l'exploration méthodique du mésogastre décèle les quatre signes suivants : 1° flaccidité de l'abdomen et par suite diminution de tension abdominale ; 2° prolapsus, abaissement de toute la masse intestinale (entéroptose) et accessoirement d'un nombre plus ou moins grand d'autres viscères abdominaux, les plus fréquentes de ces splanchnoptoses étant la néphroptose et l'hépatoptose ; 3° l'étroitesse du colon ou entérosténose ; 4° le clapotement gastrique par abaissement et flaccidité de l'estomac ; gastroptose et atonie gastrique. M. Glénard veut bien reconnaître à M. le professeur Bouchard le mérite d'avoir signalé et interprété le clapotement gastrique et démêlé sous la neurasthénie le trouble des fonctions digestives.

Nous ne concevons pas bien par quel procédé d'exploration du mésogastre M. Glénard peut constater l'entérosténose.

D'après lui, c'est la traction des intestins et de l'estomac sur leurs ligaments suspenseurs qui est cause des sensations exprimées par les malades (poids, délabrement, tiraillement, creux, vide, faiblesse). — Comment interpréter alors le cas si fréquent où ces malades se plaignent de défaillance à jeune et se trouvent soulagés par l'ingestion des aliments ? Si leur souffrance venait du tiraillement des attaches de l'estomac, comment serait-elle diminuée parce que l'estomac se trouve empli ?

D'ailleurs, il est tout un ordre de symptômes, fréquents chez les sujets chez lesquels existe le clapotage révélateur de la dilatation gastrique, et que l'on ne peut pas mieux expliquer par le tiraillement des attaches viscérales que par des actes réflexes, nous voulons parler des troubles fonctionnels des émonctoires et des lésions de nutrition : dermopathies (eczéma, acné, urticarie), albuminurie et peptonurie, amaigrissement, etc., sans compter les nodosités phalangophalanginiennes des doigts, dont nous avons montré, après M. Bouchard, l'existence si fréquente chez les dyspeptiques. Nous ne pouvons concevoir d'autre interprétation plus satisfaisante pour ces faits que la viciation progressive du processus nutritif par l'auto-intoxication due aux fermentations gastro-intestinales chroniques et excessives.

S'il est possible que beaucoup de neurasthéniques dyspeptiques (disons, de sujets à estomac dilaté) soient soulagés par une ceinture hypogastrique, nous pensons que ce simple moyen serait impuissant à les guérir, et M. Glénard est bien de notre avis, puisque tout le premier il déclare qu'à côté de l'indication de combattre l'entéroptose et de relever la tension abdominale, se posent celles de lutter contre l'entérosténose par des laxatifs salins quotidiens et de tonifier les organes digestifs par un régime qui comprend : viande, œufs, eau en boisson, alcalins, hydrothérapie, massage, hygiène physique et psychique. Cet ensemble de moyens constitue, vaille que vaille, un traitement de la dyspepsie, et, bien qu'il nous paraisse moins logiquement combiné que celui que M. Bouchard préconise, nous admettons qu'il puisse améliorer l'état des dilatés dyspeptiques et neurasthéniques. Mais, vraiment, nous n'oserions guère compter sur la seule ceinture hypogastrique pour obtenir ce résultat. Or, ne semble-t-il pas que celle-ci devrait suffire, si tout le mal résidait dans l'entéroptose ?

A la Société de médecine Berlinoise on a agité la question de savoir *si les frères et sœurs d'enfants atteints de la rougeole doivent fréquenter les écoles.* La question était motivée par la sévérité de l'épidémie de rougeole que vient de supporter Berlin et au cours de laquelle un membre adulte de la famille impériale a payé tribut à la maladie. M. Wasserführ a pensé qu'il était inutile de prescrire un isolement trop rigoureux dans le jeune âge, parce que les maladies contagieuses sont d'autant plus graves que les sujets sont plus âgés. Cette règle est sujette à tant d'exceptions que nous ne saurions lui accorder grande confiance.

M. Lewin admet que la transmission de la rougeole peut s'opérer par l'intermédiaire des sujets bien portants, l'incubation de la rougeole étant de neuf à onze jours... à Berlin (M. Cadet de Gassicourt admet formellement de huit à neuf jours), les enfants dont les frères et sœurs sont atteints de rougeole peuvent être aussi en puissance de cette maladie à un moment où leur santé ne paraît pas encore altérée.

M. Kalischer n'est pas partisan de la possibilité de la contagion médiate de la rougeole par des personnes en bonne santé. Il offre d'ailleurs un moyen de transaction, moins rigoureux que l'arrêté ministériel qu proscrivait des écoles tous les enfants des familles où la rougeole sévissait. Il croit que l'on peut laisser fréquenter l'école par les enfants qui ont déjà eu la rougeole, même lorsqu'un membre de leur famille en est atteint ; car on ne peut guère admettre chez eux l'existence du germe rubéolique à l'état latent, et il suffira d'éloigner de l'école ceux des enfants de la famille contaminée qui n'ont pas encore eu la rougeole.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

Traitement de l'ophthalmie sympathique. Énucléation du globe oculaire (1).

Quand un œil a subi un traumatisme, quand il a été le siège d'une altération intense ayant laissé des lésions permanentes qui intéressent plus ou moins la zône ciliaire, l'œil opposé peut être pris de certains phénomènes de diminution de la vision, de douleurs, etc., en somme il présente les accidents de l'ophthalmie sympathique. Comment se fait le retentissement de l'œil malade sur l'œil sain ? y a-t-il une altération du nerf optique, des nerfs ciliaires, des lésions zonulaires, ou bien y a-t-il transmission par les vaisseaux lymphatiques, comme le pense Deutschmann et comme semblent l'admettre Abadie et de Wecker ? Peu importe, il faut que tout praticien sache que l'œil anciennement blessé ou malade peut

(1) Congrès de la société française d'ophthalmologie 27 avril 1886, *in Semaine médicale* nº 17.

devenir pour l'autre une cause de maladie et qu'il s'oppose à celle-ci dès les premiers signes soit en intervenant lui-même soit en conseillant l'intervention.

Qu'on se souvienne bien que là il ne faut pas attendre et qu'une intervention précoce peut seule, dans beaucoup de cas, sauver la vue du blessé. Mais comment intervenir ? Trois méthodes sont en présence.

L'*énentération* du globe de l'œil (1) dont nous avons parlé il y a deux ans, et qui consiste à réséquer une portion du globe et à évacuer le reste de son contenu.

L'*énervation* qui consiste à pratiquer la section des nerfs ciliaires et du nerf optique.

L'*énucléation* qui extirpe le globe oculaire lui-même. Quel est le meilleur et le plus pratique de ces trois procédés ? La première opération, l'énentération, est séduisante, car elle laisse en place un moignon favorable à la prothèse oculaire. M. de Wecker même la défend, car elle rend possibles les injections antiseptiques pratiquées dans le nerf optique lui-même pour détruire les foyers microbiens qui s'y sont formés. Cependant nous croyons, comme M. Dianoux (de Nantes), que l'énentération a un inconvénient grave.

Elle laisse en place la coque oculaire en grande partie, et cette coque qui contient les nerfs ciliaires, va pouvoir, en se rétractant irriter ceux-ci et devenir le point de départ des accidents sympathiques.

L'énervation donne-t-elle de meilleurs résultats ? Elle sectionne les conducteurs nerveux, doit donc préserver de l'ophthalmie sympathique, et de plus le globe de l'œil reste en place et ne s'atrophie pas, ce qui n'est pas à dédaigner au point de vue plastique, et ce qui satisfait beaucoup plus le patient et son entourage.

L'énervation a donné de bons résultats, mais souvent aussi les accidents se sont produits après. Quoi d'étonnant, quand on sait que les nerfs sectionnés peuvent se régénérer et même qu'un écart de 2 ou 3 centimètres ne suffit point toujours pour empêcher un travail de réparation entre les bouts divisés. Aussi un grand nombre d'ophthalmologistes préfèrent ils encore l'énucléation comme méthode plus sure, et plus radicale. MM. Abadie, Boucheron, Dransart, Galezowski partagent cette manière de voir ; ajoutons aussi que nous la préférons comme étant l'opération plus facile à faire et par ce fait la plus à la portée de tous les praticiens. L'énucléation, telle qu'elle est réglée aujourd'hui, est d'ailleurs une opération assez bénigne ; après avoir incisé la conjonctive à peu de distance de la cornée et sectionné les insertions scléroticales des muscles droits et obliques, on décolle le globe de l'œil de la capsule de Tenon, et on sectionne en terminant le nerf optique. De cette façon on n'a point ouvert la loge du tissu cellulaire de l'orbite, on a une surface lisse tapissée par la capsule aponévrotique qui logeait le globe de l'œil, et cette capsule qui conserve ses rapports avec les muscles moteurs formera bientôt un moignon parfaitement mobile qui pourra donner appui à un œil artificiel. Le pansement de l'opération est très simple ; la cavité étant bien nettoyée, on n'y fait aucune suture, on la lave avec une solution antiseptique, acide borique ou plutôt sublimé au 1/000 et on établit une compression rigoureuse (Goyet). L'énucléation est bénigne, bien que les Archives de de Graefe contiennent 26 cas de mort à sa suite, que M. Dor (de Lyon) en ajoute deux, ainsi que MM. Chevallereau et Galezowski ; Dransart a pu faire 600 à 700 opérations de ce genre sans un seul accident à déplorer.

Le Dr Gorecki redoutant le chloroforme, d'une façon peut-être un peu exagérée, a pu pratiquer l'énucléation après avoir injecté sous la conjonctive de la solution de cocaïne. La section du nerf optique seule fut douloureuse.

(1) Voir *Concours médical* 1884 no 45, p. 653.

Traitement palliatif du cancer utérin par le raclage (1).

Dans ces dernières années le traitement chirurgical du cancer utérin a fait beaucoup de progrès et nous avons entretenu nos lecteurs des plus récents procédés mis en usage, l'extirpation totale et l'extirpation partielle de l'utérus. Aujourd'hui il est encore difficile de se faire une opinion absolue, on ne connaît pas suffisamment les résultats éloignés de l'extirpation totale, et on sait a priori, qu'il doit être très difficile de la faire absolument complète, au sens thérapeutique du mot. Il faudrait en effet pouvoir, comme on le fait pour la mamelle, enlever avec l'organe malade les ganglions qui reçoivent les vaisseaux lymphatiques de l'utérus et pour que l'amputation partielle, la résection intra-vaginale du col, fût suivie de succès il faudrait qu'on opérât de très bonne heure avant que les lésions fussent trop étendues.

Bien souvent on a dans la pratique à traiter des malades qui ont attendu beaucoup trop longtemps pour qu'un de ces modes d'intervention leur soit profitable. L'épithélioma s'est étendu et forme dans le vagin une masse bourgeonnante qui sécrète une sanie d'odeur repoussante, ou bien il a envahi la cavité utérine qu'il a creusée et transformée en un cratère à paroi fongueuse. Outre l'écoulement sanieux qui est déjà une cause d'affaiblissement pour les malades, souvent elles sont atteintes d'hémorrhagies répétées qui tiennent à la friabilité extrême des vaisseaux du néoplasme et qui hâtent parfois notablement l'issue funeste. Le Dr Fraipont, chirurgien de Liège, pour remédier à ces deux ordres d'accidents, a proposé récemment et régularisé une méthode dont il paraît avoir tiré de bons résultats. C'est le *raclage* des fongosités cancéreuses, le nettoyage de l'utérus au moyen de la curette tranchante. Voici de quelle façon il conseille d'opérer. Pour détruire la mauvaise odeur produite par les sécrétions ichoreuses, il fait prendre par jour deux bains de siège et deux irrigations vaginales tièdes, d'eau phéniquée à 2 p. 100. Ces irrigations doivent être faites très doucement, la femme étant dans le décubitus dorsal. Après chaque irrigation, on appliquera contre le col un tampon d'ouate imbibé de glycérine boratée à 10 p. 100 et recouvert de poudre d'iodoforme. Ces pansements

(1) Fraipont. Société Médico-Chirurgicale de Liège. Janvier 1886.

faits méthodiquement ne tardent pas à détruire la fétidité de l'écoulement cancéreux, il s'agit maintenant de procéder au râclage.

La malade, chloroformée au préalable, est placée dans la position de la taille. Le vagin est largement ouvert au moyen d'un spéculum, de façon à ce que l'on puisse apercevoir facilement le col utérin malade. On s'assure, s'il est possible, de la position de l'orifice cervical au moyen de la sonde utérine; mais il ne faut pas aller trop loin dans cette exploration de peur de perforer les tissus morbides et de pénétrer dans le péritoine. Après avoir fait une injection antiseptique, on attaque les fongosités à l'aide de la curette tranchante et on déblaie peu à peu pour limiter l'action de l'instrument aux parties saines. Elles se reconnaissent habituellement à leur consistance ferme, à leur manque de friabilité. Il sera prudent, lorsque les lésions néoplasiques seront très étendues, de porter le doigt indicateur de la main gauche dans le rectum, afin de ne point perforer la cloison recto-vaginale parfois si amincie. Dans le même but, une sonde sera introduite dans la vessie, et on évitera ainsi d'établir une communication avec le réservoir de l'urine. On pourrait craindre que cette opération, qui transforme la cavité utérine en un cratère conique à base inférieure, qui abrase toutes les parties malades du col, ne cause une hémorrhagie considérable. Il n'en est pas toujours ainsi, si l'on a soin de faire immédiatement une large irrigation à l'eau très chaude, 39 à 42 degrés.

Pour réprimer plus sûrement le suintement sanguin, on pourra, en outre, passer rapidement sur la surface saignante le couteau du thermo-cauthère, puis on tamponnera la cavité au moyen d'ouate imbibée de perchlorure de fer, mais *séchée au préalable* et largement saupoudrée d'iodoforme. On tamponnera ensuite le vagin avec de la gaze iodoformée dans presque toute sa longueur.

Dès le lendemain de l'opération, on enlèvera ce premier pansement et on fera une injection détersive phéniquée pour replacer ensuite un pansement à la gaze iodoformée qu'on ne changera plus que tous les 2 ou 3 jours, à moins que le suintement ne soit trop abondant.

En une dizaine de jours, la surface grattée devient lisse et régulière; elle n'a plus de tendance aux hémorrhagies et la malade est sinon guérie, du moins très notablement soulagée.

Etiologie et Pathogénie du Tétanos (1).

Il y a quelque temps, le docteur Larger rapportait à la Société de Chirurgie l'histoire d'une épidémie de tétanos dont nous avons parlé l'année dernière, et à ce propos nous avions indiqué combien était encore obscure la pathogénie de cette terrible complication des blessures. Aujourd'hui le jour tend à se faire de plus en plus; dans un travail récemment paru dans les Archives générales de Médecine, le docteur Ozenne en arrive à conclure qu'on ne peut plus accorder aux changements atmosphériques d'autre influence que celle de cause prédisposante; pour lui les analogies du tétanos avec les maladies infectieuses sont évidentes et « on se trouve contraint d'en attribuer la « cause soit à quelqu'agent né en dehors de l'orga- « nisme, soit à quelque poison violent fabriqué de « toutes pièces dans l'économie. » Le principe morbide doit donc être un germe ou contage vivant ou bien un alcaloïde toxique de la nature des ptomaïnes, ou des leucomaïnes. Sans vouloir parler ici des résultats négatifs donnés par les expériences des docteurs Arloing et Tripier, ni des faits plus intéressants déjà montrés par celles de Carle et Rattone, je crois intéressant d'exposer les travaux plus positifs que Rosenbach vient de communiquer au XVe Congrès de la société Allemande de chirurgie. Bien que le tétanos s'observe dans les plaies de toute région, il semble avoir une prédilection plus marquée pour les blessures par armes à feu des jambes et des cuisses, pour celles qui contiennent des corps étrangers. Il est un fait clinique assez important qui semble se rattacher à l'existence d'un empoisonnement local d'abord. La rigidité musculaire ne commence pas, comme il est écrit partout, toujours par les mêmes régions, quelquefois c'est par les muscles abdominaux, d'autres fois par ceux de la nuque, des machoires, ou encore par ceux des extrémités. Rosenbach et Kœnig insistent beaucoup sur ce point qui semble montrer que l'élément tétanigène produit d'abord des phénomène de tonus localisé aux environs de la lésion traumatique; plus tard seulement, quand il a pénétré par tout l'organisme, les phénomènes généraux se manifestent. L'expérimentation a d'abord mal réussi à Rosenbach. Il inocula sans succès 60 centimètres cubes de sang d'homme tétanique à un chien; mais pour lui le chien est un animal des plus réfractaires au tétanos, il n'en est pas de même du lapin ou du cheval.

Voici les nouvelles expériences très démonstratives qu'il a pu faire. Un homme mourut de tétanos à la suite d'une gelûre grave des jambes, au moment du travail d'élimination des eschares; deux morceaux de peau pris près du sillon d'élimination, furent placés sous la peau de deux cobayes, le lendemain ils mouraient avec tous les signes du tétanos. Des cultures obtenues avec des portions de ces animaux, et inoculées à d'autres cobayes et à des souris, ont produit des accidents tétaniques dont le début variait nettement suivant le siège de l'inoculation et dont la violence était en rapport direct avec la quantité de substance inoculée, et avec la force de l'animal. Les symptômes de ce tétanos expérimental sont absolument identiques à ceux du tétanos de l'homme et à celui obtenu par l'inoculation des cultures des microbes trouvés dans la terre végétale.

Quelle est la nature du contage? D'après les expériences de Rosenbach, on trouve dans les cultures obtenues au moyen de tissus d'homme tétanique pris près des lésions un grand nombre de microbes sous forme de micrococci et de bacilles très fins déjà signalés par Nicolaier.

On peut isoler ces deux ordres de microbes par la culture, et on obtient deux variétés de bacilles qui

(1) Ozenne. *Archives générales de Médecine.* Mars 1886. — Rosenbach (de Gœttingen) XVe Congrès de la Société Allemande de Chirurgie, avril 1886, in Semaine Médicale no 15

sont pour l'auteur les miero-organismes spécifiques du tétanos. Il reste à déterminer eomment ées baeilles agissent sur l'organisme, par quelles voies ils s'y propagent. Peut-être, dit Rosenbach, produisent-ils, dans les tissus une substance analogue à la stryehnine, e'est-à-dire une poison tétanisant; et chaque baeille devenant une souree de poison et se multipliant, en même temps l'infection générale ne tarde pas à se produire. Il y a là une souree de reeherehes des plus utiles à faire, car si l'on arrive à bien déterminer la nature du principe infeetieux du tétanos, peut-être aussi pourra-t-on trouver une substance ennemie de ee principe infectieux, en un mot un médicament eurateur de cette terrible maladie.

Traitement des hémorrhoides par les injections d'acide phénique (1).

Le docteur Kelsey propose ee traitement surtout pour les hémorrhoïdes formant des tumeurs qui peuvent rester intra reetales ou faire procidenee au dehors. Il se propose ou de provoquer une inflammation plastique de la tumeur, et eela s'obtient au moyen de solution à 5 p. 100, ou bien de provoquer la gangrène et l'élimination de la tumeur hémorrhoïdaire; dans ee but on peut employer ou une solution à 1 pour 3 ou même l'acide phénique pur à la dose de 5 à 6 gouttes. Il est très important que les solutions employées soient parfaitement pures, elles se font aux titres sus indiqués dans de l'eau distillée ou de la glycérine. L'injeetion se fait au moyen de la seringue de Pravaz armée d'une aiguille très fine. Avant l'opération on a soin de faire prendre un lavement au malade, afin que, vidant son reetum, il fasse quelques efforts pour faire saillir les tumeurs hémorrhoïdaires. L'injeetion se fera au centre même des tumeurs et il suffira que la pointe pénètre de quelques millimètres, 5 à 6, car il ne faut pas que le liquide soit injecté dans le tissu eellulaire de la paroi rectale. L'opération détermine habituellement une douleur assez vive, quelquefois même violente ; elle dure quelques heures, mais au bout de 24 heures habituellement elle a tout à fait disparu. On a vu parfois se produire des ulcérations de la muqueuse reetale à la suite de la chute des esehares, mais elles se guérissent assez facilement. Les phlegmons de la fosse ischio-rectale dus à la pénétration de l'aeide dans le tissu eellulaire sont une complieation beaueoup plus sérieuse.

Dr Barette.

Aeadémie de médecine (Séance du 25 mai).

A propos du proeès-verbal, M. Cornil lit une note de M. Von Neueki, professeur de ehimie à l'Université de Berne, qui a été étonné de se voir cité par M. Béchamp eomme un partisan de ses idées. M. Von Neucki déclare n'avoir jamais été le partisan de M. Béchamp, mais au contraire son adversaire, ce qu'il est encore aujourd'hui.

M. Béchamp a adressé à l'Aeadémie une longue lettre dont M. le seerétaire perpétuel donne lecture et dans laquelle M. Béehamp répond au dernier diseours de M. A. Gautier, en s'efforçant de montrer que M. Gautier s'est mis en contradietion avee lui-même à différentes époques de sa earrière scientifique.

M. Gautier s'est contenté de répondre : « M. Béehamp désire avoir le dernier mot dans eette diseussion ; s'il eroit que ee dernier mot lui donne raison, qu'il eontinue de le croire, je n'y vois aucun mal, mais quant à moi je ne lui répondrai pas. »

M. *A. Nicolas* a lu un travail intitulé « L'hygiène dans l'isthme de Panama ». M. Nicolas, ancien médecin de la marine, a été envoyé au mois de janvier dernier pour organiser le service médical d'une des soeiétés auxquelles ont été affermés les travaux de l'isthme. M. Nicolas relève comme les causes prineipales de l'insalubrité une ehaleur humide qui a pour conséquenee un dépression rapide et considérable de l'aetivité nerveuse et eérébrale, les émanations palustres, la dysenterie et la fièvre jaune. Les deux points les plus insalubres sont les villes de Colon et de Panama, cette dernière surtout. Pourtant on s'est exagéré la mortalité, puisque même à Panama il ne se fait que six inhumations par jour en moyenne, la population étant d'environ 25 000 habitants, e'est le triple des décès qu'à Paris. La raee nègre fournit un assez fort eontingent à la mortalité, les nègres sont sujets aux maladies de refroidissement, et il serait bon de les habituer à l'usage de l'hydrothérapie. Les principaux points qui doivent préoccuper l'hygiéniste dans l'œuvre de préservation des travailleurs employés à l'isthme sont le drainage, l'orientation et la salubrité des habitations, des réformes apportées au système des inhumations, soit par la erémation ehimique, soit par l'ensevelissement dans des fosses maçonnées, l'usage préventif de la quinine et de l'hydrothérapie.

M. Nicolas a terminé sa communication, dont l'Académie a voté l'impression in extenso au bulletin, par ees phrases : « J'ai peut-être fait le tableau trop sombre au gré des uns, trop rassurant au gré des autres; il est surtout sincère. En réduisant à des proportions imprévues le ehiffre de la mortalité, je n'ai pas l'intention d'atténuer l'insalubrité de l'isthme. Je ferai tout, au contraire, pour éearter du recrutement les ineonscients aussi bien que les valétudinaires. Ce qu'il faut aux travailleurs du canal de Panama, c'est, avant tout, le courage stoïque et calme qui subit l'épidémie sans peur, la monotonie sans tristesse, le ehagrin sans abandon.

En vous faisant eette communieation, je erois d'ailleurs, remplir un double devoir. L'œuvre de Panama est une œuvre nationale. Toutes les nations du globe ont les regards fixés sur le pavillon français que nous avons laissé là-bas et qui a le don, partout où il apparaît, d'émouvoir le monde. Nous voudrions ne pas l'amener. Or, c'est l'hygiène qui, pour une grande part, assurera l'achèvement du canal interoeéanique.

En outre, je voulais attirer les regards du monde médieal et de cette Soeiété sur les soldats du progrès qui soutiennent au loin cette lutte gigantesque contre la maladie tropicale. Ces soldats sont français pour la plupart. J'ai songé à leur adresser, au nom du pays, un encouragement sympathique. Je n'ai pas trouvé

de tribune qui fût meilleure que celle-ci et surtout plus retentissante.

Académie des Sciences (24 mai)

M. A. *Charpentier* a donné des explications sur une illusion visuelle qu'il a observée ; lorsque l'œil regarde quelque temps dans une complète obscurité un objet immobile de petit diamètre et faiblement éclairé, il arrive très souvent que cet objet paraît nettement se mouvoir avec une certaine vitesse dans une direction déterminée du champ visuel. C'est une apparence analogue à celle d'une étoile filante, mais moins rapide.

M. *Jaccoud* présente une note relative au développement d'une infection purulente à la suite d'une pneumonie aiguë, vulgaire, non traumatique. — Dans ce cas, la défervescence fébrile n'est pas suivie d'une réparation locale complète, un reliquat plus ou moins étendu du foyer pneumonique persiste. — Après une période stationnaire indécise, le malade empire et succombe, ayant présenté les signes non douteux d'une infection, ou bien subitement sans aggravation préalable. A l'autopsie on constate des points de suppuration dans le reliquat pneumonique et des foyers purulents diffus, soit dans les membres, soit dans les viscères. Or les mêmes microorganismes que l'on découvre dans les points suppurés du poumon, on les décèle dans le sang et dans tous les foyers à distance sans exception. C'est un type achevé de pyohémie par migration microbienne.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 mai 1886.

M. Chauffard a dans sa clientèle un jeune homme dont l'histoire est un exemple très concluant de paralysie hystéro-traumatique suivie d'atrophie.

A l'âge de 13 ans, ce sujet, qui dans l'enfance avait donné des preuves de nervosisme et d'une certaine excitation cérébrale, tombait sur la paume des mains en courant sur des échasses. La douleur ressentie fut très vive. Huit jours après s'était constituée progressivement une monoplégie brachiale gauche qui a duré trois ans.

L'atrophie se montra peu à peu et acquit un degré très accentué ; vinrent des troubles trophiques, l'arrêt de la croissance des ongles et du membre tout entier, si bien qu'au bout des trois ans, il y avait non-seulement une différence d'épaisseur, mais une différence de longueur très notable entre le membre paralysé et le membre sain ; comme le disait le père de l'enfant, la main gauche avait trois ans de moins que la droite.

La période de paralysie comprit deux phases : dans la première existait une rigidité spasmodique avec hypéresthésie ; puis, au bout d'un an, à la suite de l'application de courants continus, s'ouvrit une phase de flaccidité avec anesthésie.

(1) Dr Kelsey. *New-York Medical Journal* 1885.

Enfin, après trois ans, les muscles commencèrent à se restaurer, et leur restauration continua pendant un an et demi. Malheureusement, depuis vingt mois, elle s'est arrêtée.

Les réflexes tendineux sont abolis sur le membre paralysé, bien que les réflexes patellaires soient conservés des deux côtés du corps.

M. Glénard (de Lyon), a fait un mémoire sur une nouvelle espèce morbide, l'entéroptose et la gastroptose : d'après M. Glénard, la neurasthénie et d'autres états morbides vagues, mal définis, trouvent leur explication dans le déplacement, l'abaissement, la *ptose* des organes abdominaux, notamment de l'estomac et de l'arc du côlon.

L'origine de l'entéroptose et de la gastroptose, que l'hépatoptose et la néphroptose (foie et rein flottants) peuvent compliquer à un moment donné, serait le relâchement des parois abdominales consécutif à la grossesse ou à l'amaigrissement, le traumatisme.

Le traitement logique de cet état morbide et des troubles nerveux qui en seraient la conséquence, c'est le port d'une ceinture hypogastrique.

M. Cadet de Cassicourt a fait connaître les résultats nuls obtenus à l'hôpital Trousseau dans le traitement du croup par le procédé du docteur Delthil, fumigations de goudron de houille et de térébenthine.

Il a insisté sur un point préliminaire que ne doivent jamais perdre de vue les médecins qui expérimentent des traitements contre le croup. C'est que le croup peut guérir sans opération, tant qu'il n'a pas dépassé la période dyspnéique ; pour affirmer l'efficacité d'un traitement, il faut donc que la guérison se soit produite à la période de tirage permanent. Mais il ne faut pas non plus confondre avec le tirage permanent le tirage prolongé qui suit les accès de suffocation.

Le traitement de M. Delthil a été expérimenté à l'hôpital Trousseau dans les conditions suivantes : Dans une petite pièce de 28 mètres cubes, sur un foyer situé à l'angle le plus éloigné du lit, on faisait évaporer le mélange de deux tiers de goudron de houille et d'un tiers de térébenthine.

L'action directe des vapeurs de goudron et de térébenthine a été nulle sur des fausses membranes placées dans une capsule et exposées à ces vapeurs pendant plusieurs heures et même un jour. Elles s'étaient seulement colorées en noir. Au contraire, on a pu constater que des fausses membranes, placées comparativement dans l'eau de chaux, s'y désagrégeaient peu à peu.

En éliminant les cas d'angine diphthérique sans croup, les cas toxiques d'emblée, ceux où la trachéotomie était urgente ou prochaine, les malades soumis au traitement de M. Delthil se divisent en trois catégories : ceux qui étaient à la période d'asphyxie, et qu'il a fallu opérer tous ; ceux qui étaient au début du tirage permanent (12 malades) ; ceux qui, ayant eu des accès de suffocation, ont guéri sans trachéotomie (7 malades), mais pour lesquels la preuve de l'utilité du traitement de M. Delthil ne peut être ad mise pour les raisons énumérées plus haut.

Or, pour les 12 enfants de la deuxième catégorie, 12 fois l'opération est devenue nécessaire, et pas une seule fois on n'a noté la plus légère améliora-

tion. Au contraire, le plus souvent, la fumée noire et épaisse a augmenté la toux et les accès de suffocation.

On a soumis au traitement un enfant trachéotomisé ; un quart d'heure après, la canule était absolument obstruée par le charbon et il fallait à chaque instant retirer non seulement la canule interne, mais plusieurs fois l'externe. A l'autopsie de cet enfant, qui avait de la bronchite pseudo-membraneuse, on trouva de la poussière charbonneuse jusqu'au dernières ramifications bronchiques.

Il ressort, d'ailleurs, des expériences faites par le docteur Frémont, ancien interne de M. Lannelongue, que, chez des lapins et des cobayes trachéotomisés et soumis aux fumigations Delthil, on trouve des traînées de charbon non seulement dans les bronches, mais dans le tissu cellulaire sous-pleural, dans les alvéoles, et des noyaux de broncho-pneumonie développés promptement autour des amas charbonneux.

M. Cadet de Gassicourt ajoute que, dans le seul cas où le traitement ait paru réussir, l'enfant, qui avait semblé à l'interne de garde atteint de croup, a été reconnu, le lendemain, simplement affecté de laryngite striduleuse. Il y aurait, en résumé, même de l'optimisme à dire que le traitement de M. Delthil ne fait ni bien ni mal.

M. d'Heilly annonce que d'ailleurs M. Delthil lui-même a renoncé en partie à son traitement. Il ne fait plus les fumigations de goudron et se contente de faire évaporer de la térébenthine dans un vase large d'un mètre carré de surface.

M. C. Paul a lu un travail sur les traitements de l'obésité. L'obésité est souvent héréditaire, comme aussi dans certains cas la maigreur, et le même régime qui laisse les uns maigres, fait engraisser les autres. Tous les traitements peuvent réussir, mais tous échouent généralement par le défaut de persévérance des malades.

Cependant, dans un cas que M. Paul suit depuis près de 20 ans, la malade a consciencieusement appliqué la méthode de Dancel, qui a été le premier à instituer avec succès le traitement de l'obésité et dont on oublie trop de citer le nom. Dancel organisa un régime dont les éléments sont : l'exercice fait le matin de bonne heure au grand air (faire lever les malades de bonne heure est une des choses les plus difficiles à obtenir) ; — la suppression de tous les corps gras, des féculents, du pain, des pâtisseries et des sucreries, — la diminution de l'eau et des boissons ; — enfin l'usage des purgatifs que rend nécessaire la constipation ordinaire chez les obèses.

La malade à laquelle M. Paul a fait allusion et qui, après avoir maigri de 20 kilogrammes au début du traitement de Dancel, avait sans relâche suivi le même régime, a été pesée toutes les semaines pendant 10 ans ; or, l'examen du graphique des poids révèle une particularité jusqu'ici inaperçue, mais constante. Tous les ans le poids augmente régulièrement de janvier à avril, malgré l'usage de purgatifs, puis tombe rapidement d'avril à mai pour rester stationnaire jusqu'à la fin de l'année. — La connaissance de cette loi est de nature à tromper les expérimentateurs sur la valeur des traitements qu'ils instituent.

M. Paul rappelle ensuite les autres méthodes de traitement de l'obésité, celle qui est connue sous le nom de Bantiug, le malade pour lequel elle a été inaugurée, et non sous celui du médecin anglais Harvey, son auteur ; celles de Vogel, d'Ebstein, en Allemagne, de OErtel (de Munich), qui, en 1884, a repris la méthode de Dancel en y ajoutant la distinction des cas où il y a intégrité du cœur et de ceux où existent des troubles de cet organe, notion sur laquelle M. le professeur G. Sée a de nouveau insisté.

Le fameux Schweininger, qui a fait la cure du prince de Bismarck, permet jusqu'à 2 et 4 litres de liquide par jour, à la condition qu'on ne boive que deux heures après les repas. M. G. Sée déclare inhumaine la réduction excessive des boissons : cependant il est assez facile de s'habituer à boire peu aux repas à la condition de ne boire qu'à la fin. L'habitude de ne pas boire en mangeant et d'aller ensuite se désaltérer à la brasserie est commune en Bavière.

Enfin M. Paul rappelle que beaucoup de médecins sont d'accord avec J. Meyer sur l'utilité des eaux chorurées sodiques et sulfatées sodiques. D'ailleurs il pense qu'il faut distinguer parmi les obèses ceux qui, une fois débarrassés des troubles fonctionnels dont ils étaient incommodés, se tiennent pour satisfaits, et ceux qui ayant de la surcharge graisseusse du cœur sont de vrais malades.

M. Debove déclare que dans les expériences dont il a précédemment donné communication à la Société il a été poussé par le désir d'étudier une à une les conditions multiples dans lesquelles se meuvent jusqu'ici les traitements de l'obésité. Le premier point est d'isoler et de soumettre à des expériences les différents facteurs qui entrent en jeu dans les traitements complexes. Dans ses premières études il s'est occupé de l'influence de l'eau, dont ses quatre observations prouvent la nullité. Maintenant il va poursuivre la même étude pour la graisse. M. C. Paul croit que les expériences de M. Debove auront toujours cet inconvénient d'être instituées chez des gens physiologiques, sains, et ne prouveront rien au point de vue des obèses, dont la nutrition ne se fait pas suivant le mode physiologique.

M. Debove pense au contraire que la nutrition ne se fait pas chez les obèses d'une autre manière que chez les gens sains ; elle ne diffère que par l'intensité.

CAISSE DES PENSIONS

CORRESPONDANCE.

Nous avons reçu la lettre suivante de l'honorable vice-Président de la Caisse des Pensions.

Paris le 12 mai 1886.

Monsieur le rédacteur en chef.

Dans le dernier numéro du *Concours médical*, vous me laissez le soin de demander à M. Ch. E... la portée de son article paru dans l'*Union médicale* du 1er mai sur la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*. Vous m'avez fait ainsi un grand honneur, auquel je n'ai pas voulu me soustraire en ma qualité de vice-président de la caisse des pen-

sions, et, tout en m'excusant d'empiéter sur les attributions de notre très honoré et sympathique président, M. Dujardin-Beaumetz. Ce n'est donc pas à titre de membre du Comité de Rédaction de l'*Union médicale* que j'ai répondu à votre désir. Car, vous n'ignorez pas que, n'étant ni rédacteur en chef, ni secrétaire de rédaction de ce dernier journal, je ne devais et ne pouvais connaître l'article qu'après sa publication.

J'ai prié M. Ch. E... de vouloir bien m'écrire afin d'être bien assuré de la fidèle expression de sa pensée, et je vous transmets la lettre qu'il vient de m'adresser.

Veuillez agréer, monsieur le Rédacteur en chef, l'assurance de mes sentiments distingués.

Henri Huchard.
Vice-président de la Caisse des pensions de retraite.

M. Ch. E... dans son épitre, se retranche, derrière M. Damourette et dit que « toute la portée de son article se trouve dans cette brochure dont il s'est borné à reproduire les principaux arguments ».

Nous avons demandé alors à M. Damourette son travail. Il contient des phrases malheureuses. Mais leur sens est suffisamment expliqué par ce qui les précède et ce qui les suit. Il ne renferme pas les odieuses insinuations de M. Ch. E... Ce serait faire trop d'honneur à celui-ci que de continuer plus longtemps à entretenir nos lecteurs de ses exploits.

D'autre part nous lisons dans le journal de médecine de Bordeaux :

Quelques mots sur l'incident.

A la suite de la publication de l'article de l'*Union médicale*, la *Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français* chargea son Secrétaire général, M. Lande, de répondre; on a lu sa lettre écrite avec une *maestria* dont je lui fais mes compliments.

Restait une autre question. L'*Union médicale* passait, à tort ou à raison, pour être l'organe officiel de l'Association générale; elle met du reste une certaine coquetterie à le laisser supposer; son rédacteur en chef, M. le Dr Richelot, vient d'être nommé cette année même, sur la présentation du Bureau, membre du Conseil général.

La question prenait dès lors des proportions tout autres; la *Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français* compte parmi ses souscripteurs un grand nombre de membres de l'Association; ses administrateurs, ses officiers, sont presque tous en même temps officiers ou administrateurs de l'Asssociation; ainsi elle compte dans son Bureau :

MM. Lande, Vice-Président de l'Association de la Gironde.

Verdalle, Secrétaire de l'Association de la Gironde.

Elle compte dans son Conseil d'administration :

MM. Cézilly, Vice-Président de l'Association de l'Oise, de Ranse, *membre du Conseil général* (Paris).

Margueritte, Vice-Président de l'Association de la Seine-Inférieure.

Millet membre du Conseil (Oise).

Lesguillons, membre du Conseil (Oise).

Maussire Secrétaire de l'Association de la Haute-Saône.

R.-Saint-Philippe, Secrétaire général de l'Association de la Gironde.

Bardy, Vice-Président de l'Association du Haut-Rhin.

Sutils, membre du Conseil (Seine-et-Marne).

Il ne s'agissait donc plus d'une polémique discourtoise de presse; il fallait savoir si l'Association générale permettrait que dans son journal les médecins sus-nommés, officiers de ses Bureaux ou administrateurs de ses Conseils, tous portés par le suffrage de leur collègue à des postes d'honneur, fussent à ce point diffamés.

La lettre suivante a donc été adressée à l'honorable Secrétaire général de l'Association, M. Foville.

Monsieur le Secrétaire général et très honoré Confrère,

L'*Union médicale* (numéro du 1er mai) vient de publier un article d'une extrême malveillance contre la Caisse des pensions de Retraite du Corps médical français. Dans le même numéro, le rédacteur en chef, M. le Dr Richelot, qui vient du reste d'être nommé membre du Conseil général de l'Association générale, fait entendre clairement que son journal est l'organe officiel de l'Association. Ajoutons que l'*Union médicale* passe dans la presse et dans l'opinion pour avoir des attaches avec le Conseil général et recevoir ses inspirations.

Nous serions très désireux d'être fixés sur le point de savoir si l'Association générale des médecins de France a un journal officiel et si l'*Union médicale* est ce journal. Pour la suite que nous devons donner à cette affaire, ce renseignement nous est absolument nécessaire et c'est à vous, monsieur le Secrétaire général, que nous prenons la liberté de le demander.

Veuillez agréer, etc. Dr H. Vendalle,
Secrétaire de l'Association de la Gironde,
Trésorier de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

Dr L. Lande,
Vice-Président de l'Association de la Gironde, Secrétaire général de la Caisse des Pensions de Retraite du Corps médical français.

Voici la réponse de M. le Secrétaire général Foville :

Paris, le 15 mai 1886.

Messieurs et très honorés Confrères,

J'ai exactement reçu votre lettre du 11 courant. Comme le Conseil général de l'Association s'est réuni hier, je lui ai communiqué cette lettre et c'est d'accord avec lui que j'ai l'honneur de vous adresser la réponse suivante :

L'Association générale des Médecins de France n'a qu'une seule publication officielle, c'est son *Annuaire*. Les avis, convocations, circulaires et autres documents qui ont besoin d'être répandus dans le Corps médical dans l'intervalle de la publication de deux *Annuaires*, sont adressés à cinquante journaux de médecine de Paris et des départements, qui, pour la plupart, veulent bien les reproduire.

En outre, par une tradition qu'explique suffisamment le rôle prépondérant qu'Amédée Latour a joué, à la fois, dans l'Association et dans *Union médicale*, c'est dans ce journal que le Bureau fait paraître, au moins en grande partie, le procès-verbal de l'assemblée générale tenue à Paris, annuellement, en attendant que l'*Annuaire* soit prêt à paraître.

Il existe donc de bonnes relations entre l'Association et l'*Union médicale*, sans que celle-ci soit notre organe officiel. Par conséquent, le Conseil général n'inspire en aucune façon l'*Union*, qui est libre de traiter les questions relatives aux intérêts professionnels comme elle l'entend et nous ne sommes responsables d'aucun article paraissant dans l'*Union*, à moins qu'il ne soit dit, formellement, qu'il émane de l'Association et qu'il ne soit signé par le Bureau.

Veuillez agréer, Messieurs et honorés Confrères, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Dr A. Foville.

Il est donc entendu que l'*Union médicale* n'a aucune attache officielle avec l'Association générale; nous en avons la déclaration formelle, émanant du Conseil général même, par la plume de M. le Secrétaire général.

La presse avait besoin d'être fixée, elle l'est; en écrivant des articles dans le genre de celui que nous dénonçons à la presse toute entière, l'*Union médicale* ne compromet qu'elle-même. C'est fort heureux.

L'article de l'*Union médicale* est contraire aux lois les plus élémentaires de la coufraternité et même de la plus simple courtoisie, il ne repose sur aucune donnée exacte; tous ses arguments sont faux; faux le rapprochement qu'il établit entre le *Concours médical* et la Caisse des Pensions, il n'y a aucune corrélation entre les deux institutions; faux les chiffres; fausses les citations. Quant aux insinuations contre l'honnêteté des membres de la Caisse des Pensions de Retraite, elles ne méritent même pas d'être relevées. S'il était arrivé à ma plume de pareils, comment dirai-je?... de pareils écarts, ma parole d'honneur, je la briserais.

Dr H. VERDALLE.

VARIÉTÉS

LEFOLLE

ANCIEN COCHER D'UN CÉLÈBRE MÉDECIN

GUÉRISSEUR DE CORS-AUX-PIEDS ET PANARIS,

MONTEUR DE GALOCHES. — GARNISSEUR DE SABOTS

A DES PRIX TRÈS MODÉRÉS

Rue du Bec de la Vallée (Villa Arsène) D.....

Sic vos non vobis...!

Et

« *Fingit se medicum quivis, idiota, sacerdos,*
« *Indeus, monachus, histrio, tonsor, anus*, etc. »

C'est à un léger mécompte que vient d'essuyer le sieur Lefolle, dans la pratique de son art, que je dois la bonne fortune d'avoir fait la connaissance de l'illuminé dont j'ai l'honneur de vous offrir ci-joint la carte, une vraie trouvaille. Inutile d'ajouterque, dans le cas, notre artiste avait quelque peu outrepassé les limites étroites qu'il assigne à son savoir-faire sur son trop modeste carton. C'est un de ses alliés que notre madré a eu soin de choisir comme sujet d'expériences, et mal en a pris au pauvre patient qui m'a paru édifié, à coup sûr, touchant l'étendue des capacités professionnelles de son illustrissime médicastre...

Il est toutefois permis d'espérer que là ne se borneront pas les promesses du sagace Lefolle, qui me semble bien décidé à faire sa carrière à tout prix, et se promet certainement de faire bénéficier sur une vaste échelle tous les naïfs mortels de nos contrées des inuombrables secrets qu'il prétend tenir de ce célèbre maître dont il fut le... cocher.

Or, s'il demeure établi que la réussite d'un praticien est subordonnée à la confiance aveugle que ce dernier rencontre chez le client, je crois pouvoir d'ores et déjà répondre du succès de notre guérisseur nouveau-venu, des plus entreprenants comme j'ai eu personnellement le regret de le constater!

C'est qu'en Bretagne aussi, comme ailleurs, plus qu'ailleurs peut-être : « *Vulgus vult decipi* : L'homme est de glace aux vérités, il est de feu pour le mensonge. »

Donc, sous peu, Lefolle opèrera des miracles. A preuve de ce que j'avance, nous sommes à D..... trois médecins régulièrement diplômés qui, depuis des années, pratiquons consciencieusement les diverses branches de notre art; nous n'avons cependant point encore réussi, en joignant de notre mieux nos efforts, à combler le vide énorme que laisse dans notre localité un *pseudo-rhabilleur!* qui répondait au sobriquet de *Bombance!* et que la Parque impitoyable a ravi à ses adeptes avant le temps.

Ce personnage de haut goût *remettait* tout particulièrement bien quand il était sursaturé d'alcool. Et l'on pourvoyait si bien à l'entretien de ses lumières qu'il ne cessait plus jamais d'être en puissance ou en état de grâce sur la fin de ses jours. De là, moult estropiés par le pays, qui n'en chantent pas moins, avec conviction, la louange de leur regretté guérisseur. *Sic itur ad astra!...*

Mais voici venir Lefolle que le Père Bombance envoie tout farci de dons célestes à ses clients désespérés. Leurs nuits sont donc à la veille de redevenir bonnes au détriment des nôtres! C'en est fait du même coup de notre réputation chirurgicale si laborieuse et naissante encore!

Heureusement, notre nouveau guérisseur n'est qu'un pâle débutant qu'aucun procès n'a encore rendu célèbre. Si cela dépend de nous, il ne jouira pas d'ici longtemps d'une vogue comparable à celle, presque séculaire, des rebouteurs des Vosges (1) qu'on va trouver de plus de cinquante lieues à la ronde afin de savourer le *don* que se transmettent ces heureux mortels de père en fils. « Ceux-là ne sont pas embarrassés, allez, pour remettre cassures, nerfs foulés, tendrons démis, côtes enfoncées et autres suites de sauts (lésions) auxquelles MM. les médecins n'entendent généralement rien. » (*Sic.*)

Il ne sera pas davantage l'émule de certain célèbre rhabilleur suisse dont les vallons de la paisible Helvétie se redisent les exploits, depuis le jour mémorable où, traduit devant les tribunaux pour délit d'exercice illégal de la chirurgie, ce dernier se munit pour tout défenseur d'un jeune bélier, auquel il *déboîta* (luxa) en pleine audience, en un tour de main, toutes es *jointures* pour ensuite les *remettre* (réduire) tout aussi prestement et *replanter* l'animal, toujours *coram populo* et sous l'œil bienveillant de ses juges débonnaires. Ce tour d'adresse valut à notre glorieux accusé son complet acquittement, les applaudissements enthousiastes de l'assistance et un nom impérissable dans les hameaux d'alentour. *Et nunc erudimini, judices.* Et vous, Lefolle, à l'œuvre : « D'Altorf les chemins sont ouverts... ».

Dr H. L.....

REVUE DES JOURNAUX.

La pleurésie pendant l'état de grossesse et l'état puerpéral.

La question de savoir si la marche de la pleurésie est influencée par la grossesse a été résolue de diverses manières suivant les auteurs. M. P. Le Gendre, qui étudie ce point particulier dans les *Nouvelles Archives d'obstétrique et de gynécologie*, est porté à penser, que la bénignité généralement admise des pleurésies pendant la grossesse n'est pas établie d'une manière absolue. Il pense ainsi en raison surtout d'un cas de pleurésie purulente d'emblée chez une femme enceinte de quatre mois n'ayant rien qui la prédisposât à la purulence et qui guérit rapidement quand l'empyème eut été pratiqué.

Quant au traitement en pareil cas, il ne présente guère de spécial que quelques contre-indications. C'est aiusi qu'on devra être très réservé dans l'emploi des purgatifs et surtout éviter les vésicatoires, en raison de la prédisposition à la néphrite.

La thoracentèse présente ses indications habituelles, et, loin de favoriser l'avortement, on donnera au contraire à la femme plus de chances pour mener sa grossesse à terme en la ponctionnant, puisqu'on facilitera l'hématose et par suite la vitalité du fœtus. La ponction doit être faite en un point un peu élevé, dans le cinquième espace intercostal en élevant un peu la pointe vers la partie supérieure pour éviter de blesser le diaphragme, refoulé très haut vers la fin de la grossesse. L'opération de l'empyème doit être faite aussi comme dans les cas habituels, si elle est jugée nécessaire.

Les pleurésies qui surviennent pendant l'état puerpéral ont un aspect différent suivant que, d'après la division de M. Siredey, cet état est physiologique ou pathologique. Dans le premier cas, la pleurésie, et elle est assez fréquente en raison des causes de refroidissement auxquelles sont exposées les malades, évolue avec régularité.

Dans l'état puerpéral pathologique, celui qui s'accompagne de phlébite utérine ou de lympho-péritonite, a fréquence de la pleurésie a été diversement appréciée : mais la pleurésie, qui s'observe alors à une époque déjà tardive, peut être considérée comme toujours secondaire, et elle est le résultat d'une propagation qui se fait par les voies lymphatiques de l'abdomen vers le thorax. Dans ces conditions, il s'agit toujours de pleurésies purulentes, mais qui varient beaucoup comme siège et comme étendue. Ici, on le conçoit, c'est surtout le traitement général de l'infection qui joue le rôle principal.

Enfiu M. Le Gendre cite des faits qui montrent que la pleurésie franche à *frigore*, fréquente pendant la lactation, n'implique aucun pronostic particulièrement grave. Ce qu'il y a eu de remarquable dans ces cas, c'est que l'emploi de purgatifs n'a pas agi sensiblement sur la sécrétion lactée, et il a semblé que la résorption de l'épanchement s'effectuait plus rapidement pendant la lactation, comme si elle était favorisée par l'activité plus grande de la nutrition chez la plupart des uourrices bien constituées.

(*Journal de Médecine et de Chirurgie*).

II

L'iodol, un nouvel antiseptique.

C'est M. Ciamician, assistant à l'Institut chimique de Rome, qui a découvert l'iodol. Ce corps se présente en poudre jaune ou jaune-brun, cristalline, presque inodore et complètement insipide, extrêmement peu soluble dans l'eau (1 : 5000), assez soluble dans l'alcool, l'éther et les huiles; on lui attribue une action semblable à celle de l'iodoforme. M. Mazzoni (de Rome) a employé l'iodol soit en poudre, soit en suspension dans la glycérine, soit enfin sous forme d'onguent à base de vaseline. Il s'est de plus servi d'une solution d'iodol dans la glycérine et l'alcool en injections. M. G.-B. Schmidt a fait usage des mêmes préparations et en outre de la gaze à l'iodol.

Le résultat a été particulièrement favorable dans les affections vénériennes telles que chancres, bubons, anédites, et périadénites. Des injections répétées avec 2, 4 à 6 grammes d'une solution de 1 d'iodol dans 16 d'alcool et 34 de glycérine, faites dans les abcès ganglionnaires non encore ouverts, et après évacuation du pus par simple ponction, déterminèrent la guérison de ces abcès en fort peu de temps. De même pour d'anciennes fistules. Le résultat fut également favorable dans le pausement des ulcères atoniques et des plaies dont il provoque la granulation. L'iodol se montra impuissant contre les ulcères gangréneux. Quant au lupus et aux arthrites fongueuses, traitées par les iujections d'iodol, toute conclusion serait prématurée, le nombre des cas et la durée de l'amélioration obtenue étant insuffisants.

Néanmoins l'iodol présente sur l'iodoforme l'avantage de ne pas incommoder les malades par son odeur, d'avoir uue action moins irritante, quoiqu'il agisse également par mise eu liberté d'une certaine quantité d'iode (sous l'influence de la chaleur du corps et des produits de fermentation des plaies), de ue point produire d'eschare et enfin de ne point provoquer de phénomènes d'intoxication. Malheureusemeni l'iodol ne saurait être l'idéal d'un antiseptique, à cause de sa très faible solubilité dans l'eau. Pour juger définitivemeni de sa valeur, il faut attendre de nouvelles expériences (*Gazette hebdomadaire*, d'après le *Berliner klin. Wochenschrift*, 1885, n° 45; 1886, n° 4.)

Tout récemment (*Union médicale*, 22 mai 1886) le Dr A. Trousseau a utilisé l'iodol *pour la thérapeutique oculaire*; il nous dit que l'iodol se présente sous la forme d'une poudre grisâtre, à peu près inodore et que c'est une combinaison de l'iode et du pyrrol qui contient 85 p. 100 d'iode.

Il propose l'emploi de la pommade et de la solution suivantes :

1° Vaseline. . . . . 10 grammes.
Iodol. . . . . . 2 —

2° Iodol. . . 5 gr. }
Alcool. . 35 } 100 grammes.
Glycérine 62 }

Les conclusions de l'intéressante étude de M. Trousseau sout formulées ainsi :

L'iodol pourra parfois remplacer l'iodoforme, dont il n'a pas la mauvaise odeur ; — il est facilement toléré

par l'œil; — Il améliore ou guérit les blépharites ulcéreuses, les conjonctivites chroniques, certaines kératites vasculaires; — il se montre très efficace dans les conjonctivités et kératites phlycténulaires et dans les ulcères torpides de la cornée; — en solution, il modifie les granulations; — il pourra être essayé en chirurgie oculaire.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

I

Une revendication à propos du rapport de M. Passant. — Simple comparaison. — *Sic vos non vobis*

L'association générale des médecins de France, dans sa séance du 3 mai dernier, a voté, à une assez grande majorité, les conclusions contenues dans un travail lu par M. Passant relativement à la déclaration des décès dans ses rapports avec le secret professionnel. Il est vrai que l'assemblée était fatiguée par la très longue discussion qui venait de prendre fin, et dans laquelle l'honorable M. Surmay avait lutté, avec une énergie désespérée, en faveur de son projet de création d'un ordre des médecins, lutte *in extremis*, méritoire sans doute, mais qui ne pouvait modifier bien sensiblement le sentiment que chacun des assistants avait dû se faire et le vote que, comme délégué, il était chargé d'émettre.

Aussi, apres la très sommaire remarque faite par notre ami, M. Landé, n'avons-nous pas cru devoir intervenir dans un débat déjà bien assez prolongé et revendiquer, dans le travail de M. Passant, la part qui nous appartient et dont on nous a dépouillé avec une désinvolture et une agilité dont seront surpris les lecteurs de cet article.

Nous nous sommes réservé de présenter nos observations et nos réclamations dans la presse médicale, lorsque le moment nous paraîtrait opportun, afin que tous nos confrères puissent juger, pièces en mains, les mérites du procédé employé par le rapporteur de la commission de l'Association générale.

M. Passant n'a pas pu, il est vrai, se dispenser de dire quelques mots de mon travail. C'est « la seule combinaison qu'il ne passera pas sous silence », et, pages 8 et 9 de son rapport, il cite, à ce propos, comme m'appartenant, les lignes suivantes soigneusement placées entre guillemets, afin que personne ne puisse s'y tromper :

« Dans chaque département où cette institution » n'existe pas, il sera créé un bureau de statistique » des causes de décès. Des médecins seul pourront » être placés à la tête de ce service. Dès qu'une » déclaration de décès lui sera faite, le maire de la » commune du décédé fera parvenir au médecin » traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. » Le bulletin portera les indications suivantes : sexe » âge, profession, état civil du décédé, nature de la » maladie, mois de l'année, importance de la localité etc. »

En lisant ces lignes, il semblerait que mon projet ait été libellé exactement de cette manière. Or, ce qui précède est le résumé qu'en a donné l'honorable M. Verdalle, conseil judiciaire de l'Association de la Gironde, dans la séance du 18 décembre dernier (voir *journal de Médecine de Bordeaux*, 27 décembre 1885, page 228, 1re colonne, ligne 35 et suivantes).

Il est vrai que ce résumé est parfaitement exact; mais il ne reproduit pas absolument la physionomie de mon travail dont les conclusions sont nettement formulées en paragraphes détachés.

Mais, puisque nous sommes en train de vérifier des textes, comparons, et, pour l'édification du lecteur, nous allons mettre en regard le texte de M. Passant et le nôtre. Il va sans dire que M. Passant ne nous cite en aucune façon dans tout ce qui suit :

TEXTE DE M. PASSANT *Rapport p. 8.*	*Texte que nous avons publié (Journal de médecine de Bordeaux du 5 janvier 1885 et Concours Médical 9 janvier 1885.*
« Nous devons donc... imiter l'Académie de médecine (1) qui, en 1879, justement préoccupée des inconvénients qui pouvaient résulter pour le médecin de l'inobservation de l'art. 378, en matièro de déclaration de décès, a adopté la conduite mise en usage à Paris et dont la stricte observation met la conscience des médecins parfaitement en repos. » ... Et quelques lignes plus loin : « Nous eroyons qu'à côté des droits sacrés des familles qui ont recours à nos lumières, comme à côté des prescriptions formelles que le législateur a inscrites dans nos eodes, il y a les exigences de la médecine générale, il y a les intérêts sociaux; nous devons à la statistique bien des améliorations, bien des progrès, et il n'est pas étonnant que des préoccupations de cet ordre se soient présentées à beaueoup d'esprits. « Est-il possible, dans l'état actuel de notre législation d'obtenir une bonne statistique des causes de décès, tout en permettant au médecin do garder le secret qu'il doit aux familles et que la loi lui impose ? « Nous le croyons fermement grâee à une méthode à laquelle nous avons songé et que nous trouvons simple et pratique... »	« En 1879, justement préoecupée des inconvénients qui pouvaient résulter, pour le médecin, de l'inobservation de l'art. 378 en matière de déclarations de décès, l'Académie de médecine, adoptant les conclusions de M. Lagnoau, avait donné un avis fort sage dont la stricte observation devait, selon nos honorables confrères, mettre la conscience des médecins parfaitement en repos. . . . . « C'est que, chers confrères, à côté des droits sacrés des familles qui ont recours à nos lumières, comme à côté des prescriptions formelles que le législateur a inscrites dans nos eodes, il y a les exigenees de la science et de la médocine générale, il y a les intérêts sociaux; nous devons à la statistique bien des améliorations, bien des progrès, et il n'est pas étonnant que des préoccupations de cet ordre se soient présentées à beaucoup d'esprits. « Est-il possible, dans l'état actuel de notre législation, d'obtenir une bonne statistique des causes de déeès, tout en permettant au médecin de garder le secret qu'il doit aux familles et que la loi lui impose ? « Nous le eroyons fermement, et nous allons tâcher d'indiquer un moyen à la fois simple et pratique d'arriver à ee résultat... »

M. Passant n'a pas eu à se creuser beaucoup le cerveau: mais, comme il fallait bien changer un peu

quelque chose à mes conclusions qui, après tout, pourraient être connues, M. Passant a imaginé de faire transmettre les bulletins de décès aux *conseils d'hygiène d'arrondissement*, dont quelques-uns, dit-il sont dans le marasme. Hélas! il en est beaucoup qui n'existent plus, même sur le papier! M. Passant ignorerait-il donc que, dans un certain nombre d'arrondissements, ces conseils n'ont jamais vu le jour? Et puis, pourquoi compliquer ainsi à plaisir les rouages d'une organisation qui ne saurait que gagner à être simplifiée? Le moment est-il bien choisi de tourner ses regards vers l'arrondissement, quand l'existence de cette division, comme unité administrative, est énergiquement combattue dans certaines sphères et dans certains milieux dont l'influence est singulièrement puissante?

Et enfin quelle garantie offrira de plus qu'une simple bourgade, au point de vue même du secret, tel arrondissement dont la population compte 1 200 habitants? Qu'on veuille bien vérifier, et on verra qu'il en est de cette importance dans un de nos départements frontières du Sud-Est!

Telles étaient les considérations qui me guidaient, quand je formulais mes deux premières conclusions que je rappelle ici, parce qu'elles sont logiques :

1° Dans chaque département où cette institution n'existe pas déjà, il sera créé un bureau de statistique des causes de décès;

2° Des médecins seuls pourront être placés à la tête de ce service.

Je m'étais entouré de garanties pour rendre applicable le projet auquel j'étais arrivé. C'est ce qu'a oublié de faire M. Passant.

L'honorable M. Morillot l'a dit : « Tout le travail de la Commission est, en substance, contenu dans la première conclusion de M. Passant. » Je suis aussi de cet avis, et c'est pour cela que je reprends le parallèle établi plus haut :

1re Conclusion du Rapport de M. Passant *p. 10 ligne 5 et suivantes.*	Ma 3e conclusion (*loc. citato*).
Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, état civil du décédé, c'est à dire s'il est célibataire, marié ou veuf, nature de la maladie, mois de l'année, importance de la localité habité par le défunt.	Aussitôt qu'une déclaration de décès lui sera faite, le maire de la commune du décédé fera parvenir au médecin traitant un bulletin que celui-ci aura à remplir. Ce bulletin portera les indications suivantes : sexe, âge, profession, état civil du décédé, mois de l'année, importance de la localité habitée par le défunt, (habitation isolée, hameau, village, ville dont la population n'excède pas N. habitants, etc., en un mot tous les éléments d'une bonne statistique.

Eh bien! où est la différence? Et si cette conclusion est l'essence même du travail de M. Passant, je demanderai à tout homme de bonne foi ce qui reste à son actif? — Pardon, il reste une petite omission : M. Passant a oublié de demander la profession du décédé. Cet élément statistique a sa valeur. M. Passant le sait : il a mal copié, voilà tout.

Les autres conclusions n'étant que le résumé des voies et moyens à employer, il nous serait facile de continuer le parallèle entre notre système et celui du rapporteur. Le lecteur verrait qu'ils ne diffèrent que par la malencontreuse substitution de conseils d'hygiène d'arrondissement — qui n'existent pas partout — à un bureau spécial siégeant au chef-lieu du département, ainsi que nous l'avons tout d'abord demandé.

Nous pourrions nous en tenir là de ce parallèle; mais, afin que tout le monde puisse savoir avec quelle grâce M. Passant met en pratique — au point de vue scientifique bien entendu — le précepte du décalogue : « Le bien d'autrui tu ne prendras... » je veux encore citer sa péroraison.

Péroraison de M. Passant.	3e avant dernier alinéa de mon travail (loc. c.).
« Vous verrez, je l'espère, messieurs, que ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels, et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables. »	« Vous le voyez, mes chers confrères, ce système a l'avantage de mettre entièrement à couvert la responsabilité du médecin. Il fait connaître des maladies et non des malades. Il est impossible, dès lors, que le médecin, dont le nom ne paraît nulle part, soit inculpé de révélation de secrets professionnels et, si le procédé que nous préconisons était appliqué, les statisticiens auraient à leur disposition des éléments d'étude d'une importance et d'une valeur indiscutables. »

Conclusion : C'est ainsi que l'on écrit l'histoire!... Toujours il y aura des geais pour se parer des plumes du paon... Toujours sera vrai le « Sic vos non vobis ».

A. Barat-Dulaurier
Ex-interne des hôpitaux de Paris.

CHIMIE CLINIQUE

Réactif de Tanret pour l'albumine.

La formule de la solution qu'on appelle « le réactif Tanret » est la suivante :

Iodure de potassium pur. . .	3g,22
Bi-chlorure de mercure. . .	1g,35
Acide acétique. . . .	20 c. c.
Eau distillée. Q. S. p.	100 c. c.

Ce réactif versé en excès dans une liqueur albumineuse y produit un précipité dont la composition correspond à la formule Alb Hg I. Ce précipité ne se redissout pas à chaud, il est également insoluble dans l'alcool.

Or, les précipités que le réactif forme dans les solutions de peptones, d'alcaloïdes, d'acide urique dans certains cas, etc., se redissolvent soit à chaud, soit par addition d'alcool. Il en résulte que, lorsque le réactif de Tanret, versé en excès dans une urine limpide que ne trouble pas l'acide acétique (l'acide acétique précipite la mucine comme ce réactif), y produit un précipité ou simplement même un louche que ni la chaleur, ni l'alcool ne font disparaître, on peut affirmer qu'on a affaire à une urine albumineuse.

Le Directeur Gérant : A. Cézilly.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année N° 23 5 Juin 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

M. *Brown-Séquard* a attiré l'attention de la Société de Biologie (22 mai) sur une substance qui, d'après lui est trop négligée en thérapeutique : la narcéine.

Les auteurs ne s'accordent guère sur les propriétés de la narcéine ; quelques-uns considèrent cette substance comme toxique, tandis que les autres lui refusent toute action. Cette divergence d'opinions tient à ce que les auteurs n'ont pas expérimenté avec le même produit. D'après M. Brown-Séquard cette substance réussit admirablement dans tous les cas de toux avec hypersécrétion bronchique, soit aiguë, soit chronique ; non seulement elle calme la toux, mais elle procure un sommeil bienfaisant. Lui-même a eu recours à ce médicament, et en a pris sans le moindre inconvénient, jusqu'à la dose énorme de 1 gr. 25 par jour.

M. *Laborde* rappelle qu'il a depuis longtemps signalé les propriétés curatives de la narcéine dans les catarrhes bronchiques et en particulier dans la coqueluche. La narcéine est, d'après lui, l'alcaloïde de l'opium qui jouit des propriétés somnifères les plus marquées. Dans la coqueluche, elle fait complètement disparaître les accès de toux nocturnes. Il s'explique difficilement l'oubli tout à fait injuste dans lequel est tombé ce précieux médicament. Toutefois, il est assez difficile de se procurer de la narcéine chimiquement pure. Pour l'obtenir, en effet, il faut sacrifier d'assez grandes quantité d'opium brut et renoncer à en extraire les autres alcaloïdes, ce qui élève considérablement le prix de revient.

M. *d'Arsonval* a obtenu en deux jours, avec une dose quotidienne de 50 centigrammes de narcéine — probablement impure — la guérison de deux bronchites qui depuis deux mois résistaient à tous les traitements.

M. *Brown-Séquard* ne croit pas nécessaire de recourir toujours à des doses aussi élevées : 5 à 15 centigrammes de narcéine pris le soir en se couchant suffisent parfaitement à procurer le sommeil.

M. *Laborde* est revenu dans la séance suivante de la Société de Biologie (29 mai) sur quelques points de l'histoire de la narcéine.

Les résultats cliniques obtenus avec la narcéine ont absolument confirmé ceux qui avaient été fournis par l'expérimentation sur les animaux. Pour s'assurer que la solution de narcéine qu'on a entre les mains est pure, il suffit d'y ajouter une goutte d'une solution d'acide chlorhydrique, il se produit immédiatement une belle coloration bleuâtre qui peut être considérée comme pathognomonique ; néanmoins, si l'on veut être absolument certain de la pureté de son produit, il faudra recourir à l'expérimentation sur les animaux.

Les caractères du sommeil narcéique ne s'accompagnent d'aucun des inconvénients du sommeil morphinique, aussi la narcéine chez les enfants comme chez les adultes doit-elle être considérée comme un agent hypnotique de premier ordre.

La narcéine est appelée, en outre, à rendre les plus grands services dans tous les cas de bronchite chronique avec hypersécrétion abondante et dans la coqueluche : sous l'influence de cet agent, les quintes de toux se suppriment presque complètement, surtout celles de la nuit.

Le meilleur mode d'administration de la narcéine pour les enfants consiste à la donner en sirop : 25 centigr. de narcéine pour 500 gr. de sirop de sucre ; on ajoute quelques gouttes d'acide citrique pour faciliter la dissolution.

Chaque cuillerée à soupe de ce sirop contient 1 centigramme de narcéine ; la dose moyenne qui

convient aux enfants est de 2 1/2 à 3 centigrammes.

La narcéine peut être également administrée avec avantage par l'intestin, au moyen de lavements ou de suppositoires.

Empruntons à l'excellent Journal de médecine et de chirurgie pratiques un résumé sur une affection nerveuse encore peu connue dont la description la plus complète est due à M. le docteur P. Marie, chef adjoint du laboratoire de la Salpêtrière.

Le *paramyoclonus multiplex* est une affection choréiforme singulière caractérisée par des secousses musculaires. Cette affection, décrite pour la première fois par Friedreich, est propre à l'âge mûr; on l'a vue seulement jusqu'ici une seule fois chez un enfant. Ce sont aussi presque toujours des hommes qui sont atteints. Voici quels sont ses principaux caractères : les malades sont pris brusquement de secousses musculaires, comparables à celles que donnerait un courant électrique : mais au lieu d'être localisées en un point, ces contractions occupent souvent une série de muscles fort éloignés les uns des autres. Jamais cependant on ne les observe sur la face. Mais leur intensité est très variable : tantôt, sur un même sujet, ces secousses sont très violentes, presque tétaniformes, tantôt ce n'est qu'un simple tressaillement, puis on peut les voir disparaître pendant quelques heures et revenir ensuite avec une intensité plus ou moins grande. Un fait très remarquable et distinctif de plusieurs autres affections, c'est que jamais ces secousses ne se produisent pendant la marche : au contraire, les excitations périphériques, comme les piqûres, les chocs sur le rachis, le froid, la percussion des tendons déterminent ces contractions, avec tendance à la généralisation. La position occupée par le malade, si elle est fatiguante, maintenue longtemps, agit dans le même sens.

M. Marie a pu présenter à la clinique de M. Charcot deux malades atteints de paramyoclonus. L'un est un malade de 52 ans qui depuis trois ou quatre ans, à la suite de diverses circonstances, est tombé dans un état de dépression nerveuse, de neurasthénie très marqué; depuis cette époque, il est pris fréquemment de secousses musculaires se produisant d'abord dans les membres inférieurs, mais se généralisant ensuite; les contractions paraissent débuter par le triceps crural; elles se produisent avec une égale fréquence quand il est dans la station debout ou assise; s'il est couché, elles paraissent plus fréquentes encore; au elles contraire, s'il marche, disparaissent complètement; il semble en effet que, moins les muscles sont occupés, plus ils se contractent, et les mouvements intentionnels ont pour résultat de suspendre ces contractions anormales, au moins momentanément. Le nombre des secousses est d'ailleurs très variable ; on peut les voir depuis le nombre de dix par minute environ jusqu'à être presque incessantes.

Le second malade présenté par M. Marie est un homme de quarante-trois ans, devenu aussi neurasthénique depuis deux ans environ après de violentes émotions morales, et chez lequel les secousses musculaires se sont surtout montrées depuis 3 ou 4 mois. Elles occupent surtout les muscles du tronc et des membres supérieurs. Cette contraction rapide des muscles du tronc amène même chez lui un léger bruit laryngé par suite de la brusque expiration qu'elle détermine. Chez ce malade, la percussion du rachis excite beaucoup les contractions. Les mouvements volontaires, au contraire, ainsi que chez le précédent, les font disparaître.

Avec ces caractères, et bien qu'il s'agisse d'une affection rarement observée, il semble que le paramyoclonus soit facile à reconnaître, et en effet parmi les affections qui se caractérisent par des contractions musculaires brusques, il en est peu qui lui ressemblent. La chorée vraie, la chorée de Sydenham en diffère particulièrement par la forme même de ses contractions qui sont constituées plutôt par une sorte d'instabilité musculaire, ainsi que par l'influence de l'attention sur les mouvements, et enfin par les conditions générales, comme l'âge, le sexe, la durée, etc. Dans l'épilepsie, on voit quelquefois se produire des contractions musculaires singulières pendant les jours qui suivent ou précèdent l'attaque, mais ce n'est qu'un état transitoire.

Le tic convulsif s'en rapproche plus à certains égards ; mais ici la face est surtout atteinte et les secousses ne sont influencées dans un sens ni dans l'autre, ni par la marche, ni par les excitations périphériques. De plus, dans la maladie des tics, les mouvements sont systématisés et semblent avoir un but, tandis que dans le paramyoclonus la contraction ne détermine aucun mouvement particulier.

Reste une affection singulière, que M. Charcot a distinguée sous le nom d'impuissance fonctionnelle hystérique (affection sur laquelle nous reviendrons prochainement) et qui est caractérisée par ce fait que, assise ou couchée, la malade ne présente rien d'insolite, mais, aussitôt qu'elle se met debout, les contractions brusques des muscles des membres inférieurs sont si multipliées que la marche devient absolument impossible. Lorsqu'elle est assise, au contraire, tous les mouvements commandés sont facilement exécutés.

En résumé, dans ces trois affections, comparables à quelques égards seulement, l'étude de la marche, indépendamment des autres caractères, donne à elle seule un élément différentiel important. Dans la maladie des tics, elle n'influe en rien sur les contractions ; dans l'impuissance fonctionnelle hystérique, elle en est la cause provocatrice ; dans le paramyoclonus, elle les suspend.

Créances médicales pour frais de dernière maladie.

Le Sénat avait reçu et renvoyé au ministère de la Justice deux pétitions demandant : 1° que le privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires par l'article 2101, § 5, du Code civil fût élargi, de sorte que les mots « frais de la dernière maladie » s'entendraient dorénavant de la maladie ayant précédé une faillite, quelle qu'ait été la suite de cette maladie; 2° que la prescription édictée par l'article 2272, pour les créances médicales, fût étendue d'un an à cinq ans, ou subsidiairement à deux ans pour les maladies aiguës et cinq ans pour les maladies chroniques.

Malgré l'avis conforme du Comité consultatif d'hygiène publique de France, la section de législation et l'Assemblée générale du Conseil d'Etat ont successi-

vement émis une opinion défavorable. On n'a pas cru devoir accorder aux médecins un privilège quelconque en ce qui concerne les honoraires à réclamer à un failli. En ce qui touche la durée de la prescription, le Conseil d'Etat a été d'avis qu'il n'y avait pas de raisons suffisantes de l'étendre, en présence de la jurisprudence qui ne la fait courir que de la cessation définitive des soins médicaux, et de l'habitude des médecins de ne point délivrer de quittances, qui rendrait la preuve du payement trop difficile après un délai tant soit peu prolongé. Enfin, la distinction proposée entre les maladies eût entraîné, de la part des tribunaux, des appréciations arbitraires et contraires, en outre, aux prohibitions de l'article 378 du Code pénal.

La *Gazette hebdomadaire*, où nous lisons ces détails, croit savoir que le Conseil d'Etat s'est surtout montré blessé de la publicité qui avait été donnée au rapport de sa section de législation, ainsi que de la demande d'avis que le ministre du Commerce et de l'Industrie avait adressée au Comité consultatif d'hygiène publique. Elle ajoute que, dès la rentrée du Parlement, des propositions de loi, émanant soit de l'initiative parlementaire, soit du Gouvernement, réclameront ces réformes.

MÉDECINE PRATIQUE

Modes pathogéniques, formes et traitement de la péritonite tuberculeuse des enfants.

La péritonite tuberculeuse des enfants présente certains traits particuliers, qu'il est utile de connaître, quand on veut porter un pronostic exact. Elle est, en général, plus bénigne que chez l'adulte. Elle donne grande prise à la thérapeutique ; c'est là encore un point qui intéresse le praticien.

A propos de plusieurs cas de péritonite tuberculeuse qui se sont rencontrés dans son service de l'Hôpital des Enfants, M. le professeur Grancher mettait récemment en lumière les différents modes pathogéniques de cette maladie, traçaut ainsi un des chapitres de l'histoire encore si nouvelle des portes d'entrée de la tuberculose dans l'organisme.

Nous détacherons pour nos lecteurs quelques-uns des aperçus que le professeur de clinique des maladies infantiles répand dans son enseignement de jour en jour plus goûté.

I

Dans l'une des observations citées par M. Grancher, il s'agissait d'une fillette de treize aus qui était eutrée une première fois à l'Hôpital, ayant dans la région sous-hépatique une tumeur assez volumineuse pour faire songer à un kyste hydatique, en même temps qu'elle accusait un peu de diarrhée et une toux légère. Après trois semaines de soins l'enfant sortait très améliorée, mais pour rentrer six mois plus tard avec des signes de cachexie véritable, les téguments décolorés et infiltrés, sans qu'il existât d'albumine, et une leucocytose accentuée. Quelques semaines d'un traitement convenable ont encore produit dans l'état de la malade une amélioration équivalente à une résurrection. L'enfant a retrouvé de la force, refait du sang et des muscles, ses voies digestives fonctionnent régulièrement. Cependant, on ne peut la dire guérie, car le ventre est demeuré tendu et légèrement douloureux au niveau du flanc droit : là où existait la tumeur constatée pendant son premier séjour à l'Hôpital, la palpation décèle encore une rénitence diffuse, un défaut de souplesse ; en ce point persiste probablement la lésion abdominale, cause profonde des accidents qui ont à deux reprises alité l'enfant. En outre, l'examen stéthoscopique du thorax permet de constater l'existence d'une pleurésie droite en voie de disparition.

Un petit garçon à peu près du même âge a présenté un tableau clinique à peu près identique. Il entra une première fois à l'Hôpital pour une maladie du ventre, qui, dit-il, était gros et douloureux. En trois semaines, il est guéri. Mais, quelques mois après, il revient ayant de la diarrhée, avec un ventre tendu, assez dur, douloureux en un point limité. Ce point, auquel l'enfant porte invariablement la main chaque fois qu'ou lui demande où il souffre, correspond à l'union du côlon ascendant et du côlon transverse. A ce niveau existe une intumescence qui est le siège d'élancements et le point de départ de coliques irradiées. L'examen stéthoscopique du poumon droit montre que la sonorité, les vibratious vocales, l'intensité du murmure respiratoire sont diminuées dans toute la hauteur, surtout à la base, sans qu'il y ait ni râles, ni souffle. Le poumon et la plèvre sont donc vraisemblablement le siège de lésions peu profondes, mais diffuses. Le poumon gauche est absolument sain, de même que le côté gauche du ventre n'est le siège d'aucun phénomène insolite ; cet enfant semble n'être malade que par une moitié de son corps. Son état général est meilleur que celui de la petite fille citée plus haut ; il n'a pas comme elle une leucocytose dont on ne peut trouver l'explication dans une hyperplasie de la rate ou des ganglions et qui n'a pas été signalée jusqu'ici comme une conséquence de l'entéro-péritonite chronique.

Car c'est bien d'une péritonite tuberculeuse chronique, ayant eu pour point de départ une typhlo-côlite tuberculeuse et ayant secondairement déterminé une tuberculose pleurale ou pleuro-pulmonaire, qu'il s'agit chez les deux enfants dont nous venons de tracer l'évolution, chez tous deux d'allure bénigne et curable de façon plus ou moins définitive.

En regard de ces deux cas se place celui d'une petite fille de deux ans et demi, qui, vers le 1er avril, présenta de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, de la constipation et de l'auorexie. Elle entre à l'Hôpital avec uu ventre énorme ; la palpation permet de percevoir des crépitations péritonéales. Ses poumons paraissent sains à l'auscultatiou. Après huit jours d'uu traitement approprié, une amélioration évidente se produisait, le ventre devenait moins douloureux et moins dur. Mais l'enfant preud la rougeole, puis la diphthérie et meurt.

L'autopsie montre une tuberculisation péritonéale généralisée. Les muscles même de la paroi abdomi-

nale sont infiltrés de tubercules. L'épiploon est rétracté en masse. Les intestins sont agglutinés, leurs tuniques amincies; on trouve des granulations sur leur surface externe, mais pas d'altérations de la muqueuse. Il existe des tubercules à la surface du foie et de la rate, mais non dans leur parenchyme. En revanche, les poumons contenaient des tubercules trop disséminés pour qu'ils eussent pu se révéler par des signes stéthoscopiques et plusieurs ganglions bronchiques étaient caséeux. Dans ce troisième cas, il est permis de penser que la tuberculose est passée de la cage thoracique dans la cavité péritonéale, puisque la muqueuse intestinale était saine.

La thèse de notre distingué collègue M. Boulland sur la tuberculose pleuro-péritonéale (1885) nous fournit un exemple très net de ce mode d'envahissement secondaire du péritoine par une tuberculose primitivement pleuro-pulmonaire. Un homme arrive à l'Hôpital avec une pleurésie qu'il attribue à un refroidissement; trois semaines après il sort, sans que la résolution de cette pleurésie soit complète. Il revient deux mois après mourir et à l'autopsie on trouve au sommet du poumon un bloc de tubercules caséeux, dans le reste de l'organe des tubercules miliaires; un semis de tubercules couvre la plèvre pariétale et viscérale; le péritoine sous diaphagmatique en est couvert aussi.

Par contre, dans une observation citée par M. Bucquoy, à l'autopsie d'une jeune fille de 18 ans enlevée en peu de temps par une péritonite tuberculeuse, on trouva les poumons et les plèvres indemnes, mais les deux ovaires étaient tuberculeux, l'un d'eux complètement caséifié.

De l'examen comparatif de ces différents faits se dégage la notion des divers processus qui président à l'apparition de la péritonite tuberculeuse. Une cavité séreuse close de toutes parts comme le péritoine ne peut être envahie par les bacilles tuberculeux, que s'ils y sont apportés du dehors par effraction ou s'ils y sont amenés par les voies circulatoires sanguines ou lymphatiques.

II

La pénétration de bacilles venus du dehors pourrait être admise en cas de ponction du péritoine avec un trocart infecté; mais c'est là une vue théorique. La science ne nous a fait connaître aucun exemple de ce mode d'infection.

Par contre trois voies différentes sont mises en lumière par l'observation clinique.

La première est la voie intestinale. Il est un point du tube digestif qui, par sa configuration anatomique, oblige en quelque sorte le contenu de l'intestin à stagner plus longtemps; c'est le coude droit du côlon; c'est en ce point que s'accumulent souvent les matières fécales et l'obstruction entraîne l'apparition d'une typhlo-côlite attestée par des douleurs coliques, des nausées ou des vomissements. Que dans les aliments lait ou viande, se trouvent des germes tuberculeux, séjournant plus facilement en ce point, ils provoquent des ulcérations do la muqueuse (entérite tuberculeuse) qui devient le point de départ d'un engouement par paralysie de la musculeuse; puis la séreuse s'enflamme soit par simple voisinage, soit plus habituellement par extension du processus tuberculeux. Cette typhlo-côlite tuberculeuse avec péritonite localisée donne lieu à une tumeur si remarquable par son siège constant au-dessous du foie et au niveau du coude droit du côlon. Un traitement approprié fait cesser l'engouement typhlo-côlite et enraye l'inflammation péritonéale; tout paraît rentrer dans l'ordre jusqu'à ce que les mêmes accidents se renouvellent pour disparaître encore.

Il se peut aussi que la propagation des bacilles se fasse par les voies lymphatiques à travers le diaphragme, de la séreuse péritonéale à la séreuse pleurale, et voici la forme péritonéo-pleurale constituée.

Le mode inverse n'est pas moins net : tuberculisation pulmonaire, puis pleurale, et plus ou moins longtemps après péritonéale, telle est la forme pleuro-péritonéale. Le plus souvent toute phthisie chronique se termine par la dissémination des bacilles dans les autres séreuses par les voies lymphatiques et dans les principaux viscères par la voie sanguine; on a plus d'une fois constaté des bacilles dans le sang des tuberculeux; les bacilles sont des microbes immobiles, mais ils peuvent être pris et entraînés par des globules blancs, même sous leur forme bacillaire, ou plus facilement encore sous leur forme sporulaire.

Enfin l'observation de M. Bucquoy est un exemple de la propagation de la tuberculose au péritoine par la voie génitale (métrite, ovarite tuberculeuses), et elle est loin d'être rare. M. Brouardel a fait connaître, il y a déjà longtemps, son histoire.

Enfin on peut citer un ~~cas~~ de M. Lannelongue où une péritonite tuberculeuse localisée à la fosse iliaque eut pour point de départ une coxalgie tuberculeuse.

Chacun des modes pathogéniques que nous venons d'indiquer commande-t-il une symptomatologie spéciale? Les symptômes cliniques sont-ils parallèles aux causes? Oui et non.

S'il est vrai que les premiers symptômes en date puissent être dans un cas la diarrhée ou la constipation, la douleur et la tumeur de la région typhlo-colique, que dans un autre les phénomènes péritonitiques aient été précédés par les signes d'une inflammation pleurale ou pulmonaire, — ou dans d'autres cas enfin par des troubles dans la sphère génitale, — il est vrai aussi que des circonstances indépendantes du processus pathogénique peuvent venir modifier le tableau clinique.

Que les tubercules se soient agglomérés sur le tronc de la veine porte ou un grand nombre de rameaux des veines mésaraïques, voilà une ascite constituée. D'abondance faible ou moyenne, elle n'entrave pas le diagnostic; mais si elle est très abondante, comme dans un cas cité par Hemey où la ponction évacua à plusieurs reprises 10 à 14 litres de liquide, on peut chez un adulte se demander si la cause n'en est pas une cirrhose hépatique. Quand le malade est un enfant, cette idée est à écarter. D'ailleurs la ponction une fois faite, l'exploration méthodique de l'abdomen rend le diagnostic plus facile.

La présence des tubercules le long des canaux billiaire avait déterminé un peu d'ictère avec décoloration des selles dans un cas vu par M. Grancher.

La compression des troncs nerveux du bassin par les exsudats péritonitiques rendait compte de la sciati-

que double qui a été signalée par Chomel, Louis, (thèse de Petrasu).

L'inverse de la forme ascitique avec saillie énorme du ventre, c'est le cas où celui-ci est plat, ou même excavé en bateau par suite de la sclérose et de la rétraction du mésentère et de l'épiploon.

Telles sont les principales difficultés qui peuvent obscurcir le diagnostic de la péritonite tuberculeuse et dont il est bon que le clinicien ait le souvenir présent.

Le pronostic de la péritonite tuberculeuse est très diversement apprécié par les auteurs : il en est qui le déclarent fatal dans un temps rapproché ; d'autres le croient plus bénin, d'autres enfin affirment la curabilité possible et même peu exceptionnelle.

Cette divergence s'explique peut-être par une insuffisante distinction entre les divers processus pathogéniques.

Si le péritoine n'est atteint par la tuberculose que consécutivement à l'infection générale de l'économie, à coup sûr le pronostic est des plus sombres. S'il l'est consécutivement à la typhlo-colite tuberculeuse et partiellement, et c'est le cas peut-être le plus fréquent chez les enfants, le pronostic est beaucoup plus bénin et l'on peut espérer une guérison plus ou moins durable.

La curabilité de la péritonite tuberculeuse est incontestable. Spencer Wells ouvre le ventre d'une femme à laquelle il croyait enlever un kyste. Il constate une péritonite tuberculeuse, lave soigneusement la cavité et referme le ventre. La femme guérit complètement. M. Bucquoy a cité plusieurs cas de guérison complète ; une femme a pu se marier, avoir des enfants et demeurer guérie. M. Grancher a vu guérir parfaitement dans le service de M. Blachez une jeune fille qui avait une péritonite avec ascite, dont la nature tuberculeuse était attestée par la submatité et les craquements d'un sommet pulmonaire.

Il ne faut jamais oublier que le tubercule est, comme l'ont démontré les premiers travaux de M. Grancher, une néoplasie à tendance à la fois fibreuse et caséeuse. Cette notion précieuse est venue corriger celle qui avait conduit Laënnec à un fâcheux scepticisme au point de la curabilité et du traitement de la phtisie, Laënnec n'avait vu que le processus de caséification Maintenant qu'il est avéré que les tubercules ont le plus souvent au contraire une tendance à évoluer dans le sens fibreux, à provoquer autour d'eux dans les tissus une réaction inflammation chronique destinée à les enkyster et à opposer une barrière à leur extension, nous ne devons jamais désespérer de réussir à favoriser cette évolution vers l'état fibreux.

C'est à l'hygiène alimentaire et aux révulsifs patiemment réitérés que nous devons recourir.

Les vésicatoires de petite dimension, mais nombreux, seront successivement appliqués sur les points où la douleur et la rénitence indiquent l'existence du travail péritonitique. Les applications de collodion élastique alterneront avec les moyens révulsifs.

Des laxatifs doux, huileux, feront cesser l'accumulation des matières dans l'intestin.

En cas de début intestinal des lavements donnés avec de grandes précautions, tour à tour émollients et antiseptiques favoriseront la cicatrisation des lésions intestinales, s'il en existe.

L'alimentation sera légère, simple, nutritive sous un petit volume, lait, œufs, viande rôtie, poudre de viande, glycérine. Le traitement reconstituant aura pour base l'huile de foie de morue, à doses progressivement croissantes et les toniques. L'hémoglobine, essayée depuis quelque temps a paru donner quelques résultats en favorisant la rénovation hématique.

P. Le Gendre.

Académie de médecine. (Séance du 1er juin.)

Elections. M. *Paulet*, médecin militaire est élu correspondant national par 37 voix contre 20 données à M. Surmay (de Ham), 7 à M. L. Thomas (de Tours) et 3 à M. Dezanneau (d'Angers).

M. *Wasseige* (de Liège) est élu correspondant étranger contre M. Bigelow (de Boston).

Derniers grondements de l'orage amassé par la question des microbes et microzymas : l'Académie a reçu deux lettres, l'une de M. Schutzenberger, l'autre de M. Béchamp.

Le premier proteste contre l'affirmation du second, M. Béchamp ayant dit que M. Schutzenberger, dans ses recherches sur les albuminoïdes entreprises en 1873, avait pris pour point de départ les idées consignées par M. Béchamp dans sa thèse de 1856. M. Schutzenberger déclare qu'il n'y a aucune analogie entre ses travaux et ceux de M. Béchamp, ni quant aux méthodes suivies, ni quant aux résultats obtenus. M. Béchamp a prétendu résoudre la question si complexe de la structure de l'albumine par un travail de cabinet; M. Schutzenberger n'a fait entrer dans l'équation du dédoublement de l'albumine que les données de l'expérience. Les idées avancées par M. Béchamp en 1856 avaient laissé si peu de trace dans la science que M. Schutzenberger *n'a été amené à en* prendre connaissance qu'à la suite de la discussion soulevée par M. Béchamp en 1875 au Congrès de Nantes où M. Wurtz, bien compétent en ces matières, avait repoussé les réclamations de M. Béchamp à peu près dans les termes où M. Schutzenberger le fait aujourd'hui.

M. Béchamp, dans sa lettre, s'en prend, lui, à M. Nencki, dont M. Cornil a lu une lettre dans une précédente séance et que M. Béchamp accuse d'avoir voulu être agréable à M. Cornil.

Le président de l'Académie, pour mettre fin à cet envoi de récriminations épistolaires, propose de déclarer que la discussion est épuisée et que l'Académie ne recevra plus aucune communication sur ce sujet. Il demeure entendu, sur l'observation de M. Vulpian, que la commission destinée à examiner les expériences contradictoires de M. Béchamp et de M. Pasteur reste en activité et que le Secrétaire perpétuel va écrire à M. Béchamp pour le mettre en demeure de fixer lui-même le jour où il lui conviendra de venir à Paris répéter devant la commission les expériences auxquelles il a si souvent fait allusion au cours des débats.

M. *Giraud-Teulon* signale et interprète certaines *anomalies dans l'aspect de la circulation rétinienne* qui paraissent liées à certains *troubles nutritifs de*

membranes profondes de l'œil. La principale de ces anomalies, c'est l'aspect artériel, rutilant du sang veineux rétinien. Dans 75 p. 100 des cas où cet aspect a été constaté, les malades présentaient des altérations de la rétine et du nerf optique, ce qui n'est pas surprenant si on songe à la rélation qui unit ces organes et les vaisseaux rétiniens ; mais, dans 40 p. 100 des cas, on a rencontré des troubles de transparence du cristallin : or jusqu'ici on avait considéré cette lentille comme dépendant directement de la circulation choroïdienne par les procès ciliaires.

Dans des cas opposés aux précédents le sang des veines rétiniennes est d'une coloration assombrie par un excès de veinosité, (sang ultra-veineux); cette coloration est l'indice d'un excès de combustion ou d'oxydation des tissus que le sang a traversés. Chez les malades ayant présenté cette anomalie, les perturbations constatées portaient le plus souvent sur la motricité de l'œil.

En se fondant sur la relation établie par A. Bernard entre la suractivité de la circulation dans les parenchymes, entraînant l'insuffisante désoxydation du sang et la paralysie des nerfs vaso-constricteurs, M. Giraud-Teulon conclut : « Partout où s'observera l'apparence veineuse, on devra donc reconnaître un déficit d'action du sympathique amenant directement l'abaissement de la nutrition de la substance nerveuse elle-même, tandis qu'une veinosité en excès accusera l'influence de déficit de l'activité des vaso-dilatateurs, c'est-à-dire un état parétique de l'innervation spinale portant et sur les muscles vasculaires et nécessairement aussi sur d'autres groupes de muscles. »

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

SÉANCE DU 28 MAI 1886.

Traitement de l'hypertrichose par la galvano-puncture. — Inconvénient des badigeonnages de collodion sur le visage dans la variole. — Fièvre hystérique. — Fracture de côte spontanée. — La graisse et la nutrition. — Paralysie hystérique chez une petite fille de 4 ans.

M. Brocq traite, à l'exemple des dermatologistes américains, l'hypertrichose par la galvano-puncture. Il est plusieurs circonstances dans lesquelles le médecin peut vouloir détruire les poils trop abondants ou poussés dans des régions qui normalement doivent être glabres. L'hypertrichose peut compliquer certains nævi en les rendant plus disgracieux encore ; elle peut devenir excessive à la ménopause, ou chez les jeunes filles froisser la coquetterie. En tout cas, le procédé de l'épilation par la galvano-puncture mérite d'être connue. M. Brocq se sert de fines aiguilles d'or ou de platine avec lesquelles il pratique une sorte de cathétérisme du follicule pileux, et l'habitude lui permet de savoir à quelle profondeur, suivant la région, l'aiguille doit pénétrer pour arriver au contact du bulbe. Il fait passer le courant à ce moment, et produit la destruction du bulbe. La douleur est quelquefois nulle ou insignifiante, généralement modérée. Il ne reste pas en général de cicatrices dans les régions épilées par ce procédé; on n'est pas absolument certain qu'aucun des poils enlevés ne repoussera, cependant le plus grand nombre est définitivement détruit. Il n'est guère possible d'enlever plus de 36 poils dans une séance. A une malade qu'il traite en ce moment, M. Brocq a déjà enlevé 1,300 poils.

M. Comby démontre les fâcheux effets de certains traitements topiques préconisés pour préserver le visage des cicatrices de la variole. Les plus célèbres observateurs du siècle précédent, Van Swieten et Sydenham, repoussaient également les topiques. De nos jours, quelques médecins ont eu tort de prôner les badigeonnages au collodion sur le visage ; dans le cas relaté par M. Comby la mort paraît avoir été la conséquence de cette pratique intempestive. Une femme de 32 ans était atteinte d'une éruption variolique discrète sur le corps, son visage avait été recouvert, par un médecin de la ville, d'une épaisse couche de collodion. Cette malade avait été vaccinée autrefois, n'était pas alcoolique, n'avait pas de lésions viscérales, ainsi que l'autopsie l'a montré, pas d'albuminurie. Elle aurait donc dû guérir. Mais, dès les premiers jours de l'éruption, elle accusait d'horribles souffrances sous le masque épais de collodion qui couvrait son visage. On ne put enlever celui-ci; les quelques lambeaux de collodion qu'on détachait entraînaient l'épiderme avec eux et laissaient à nu le derme ulcéré ; une suppuration sanieuse, infecte, stagnait sous la cuirasse collodionée. La malade avait perdu le sommeil par suite de la douleur, et bien que la température ne se soit pas élevée du fait de la maladie elle-même, la malade a succombé à la manière des individus atteints de vastes brûlures, bien qu'on n'ait pas trouvé d'ulcérations duodénales comme il en existe chez les brûlés.

M. Guyot a observé, chez une fillette de 4 ans, une hémiplégie hystérique droite avec aphasie et hémianesthésie consécutive à une vive émotion. En quelques heures, la paralysie disparut ; elle revint le surlendemain pour disparaître de nouveau la nuit suivante. Depuis cinq mois, la santé est demeurée parfaite ; de sorte que la crainte qu'on aurait pu garder d'abord, au sujet d'un début de méningite tuberculeuse, est complètement écartée. Les parents sont nerveux et arthritiques. Le jeune âge de cet enfant communique à cette observation un caractère un peu insolite. Mais trois médecins, parmi lesquels M. Jules Simon, ont porté le même diagnostic. Il n'y avait ni chorée, ni affection vermineuse.

M. Barrié a observé à Bicêtre un cas de fièvre hystérique. Une jeune femme, ayant tous les signes de l'hystérie, fut atteinte à la suite d'une violente attaque convulsive d'une hémiplégie gauche avec hémianesthésie. Elle eut de l'anurie, du mutisme, une anorexie absolue; puis un matin, sans que l'examen le plus minutieux ait permis de relever une lésion viscérale quelconque, on constata 39° de température axillaire et 98 pulsations. Le lendemain il n'y avait que 38°6 : hoquets, sanglots. Pendant deux jours les attaques convulsives furent si violentes qu'on ne put prendre la température; mais à partir de ce moment et pendant 20 jours on put s'assurer par l'examen attentif

de la température prise dans l'aisselle et dans le rectum, avec toutes les précautions pour empêcher la simulation, de l'existence d'une fièvre continue. La température vespérale était généralement supérieure de quelques dixièmes à celle du matin, elle fut quelquefois cependant moins élevée que cette dernière. Après des accès convulsifs, l'élévation thermique dépassa 40°. Jamais il n'exista de troubles des grands appareils corrélatifs d'une semblable hyperthermie. La défervescence s'est opérée brusquement, mais sans amener grandes modifications dans l'état général.

M. ANTHONY, médecin-major a communiqué par lettre une observation de fracture de côte spontanée, sans traumatisme chez une femme de 63 ans, obèse, atteinte de bronchite chronique et d'emphysème. A la suite d'un effort de toux, elle éprouva une sensation de craquement ; la fracture portait sur la neuvième côte droite au niveau de la ligne axillaire.

M. DEBOVE a poursuivi ses recherches de concert avec M. Flamant, sur le rôle de la graisse alimentaire sur la nutrition.

Un sujet est soumis à un régime déterminé, et quand il est arrivé à un équilibre de nutrition tel que ni son poids, ni le chiffre quotidien de l'urée excrétée ne varient plus, on ajoute à son alimentation une quantité déterminée de matières grasses (150 à 200 grammes d'huile émulsionnée avec du jaune d'œuf chaque jour). Or, il arrive que l'individu augmente de poids et que, lorsqu'on le ramène à sa première alimentation en supprimant la graisse, l'augmentation de poids lui demeure acquise et persiste, ce qui prouve que la graisse qui lui a été attribuée en supplément de sa ration d'entretien s'est bieu fixée dans son organisme.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Tribulations d'un médecin à propos d'une question de médecine légale.

Le 17 juin 1883, un ouvrier charpentier de dix-huit ans vint avec sa mère consulter le Dr Velleman (1) sur une petite tumeur qui s'était montrée subitement en voulant soulever une lourde poutre. Le Dr Velleman constata une heruie et adressa le malade à un bandagiste qui vit aussi la hernie et plaça un appareil.

Quatre jours après, la mère revint et demanda un certificat constatant la lésion dont son fils était atteint ; le docteur délivra ce certificat moyennant la somme de *deux francs*.

Malade et certificat étaient oubliés, lorsque le 7 août le Dr Velleman reçut une assignation au juge d'instruction; le jeune charpentier était un milicien qui avait produit son certificat pour être exempté du service ; il avait été examiné par *deux médecins du Conseil de milice* et *deux médecins légistes*, tous quatre avaient déclaré que le *certificat était faux*.

(1) Ceci se passait en Belgique.

Voici les faits, bien simples et bien naturels, car la hernie était rentrée et ne sortait plus au moment où les légistes avaient examiné le milicien. Mais le Dr Velleman fut poursuivi, et il devait s'entendre condamner à un emprisonnement de deux à cinq ans, etc. Ce ne fut qu'après deux ans de tribulations de toutes sortes, qu'il raconte dans un opuscule, que le malheureux docteur fut acquitté.

On peut tirer de cette malheureuse affaire une conclusion : c'est que les médecins légistes ne devraient point émettre de jugement à la légère, jugement qui peut arriver à faire condamner un innocent ; cela se voit quelquefois, paraît-il. D'un autre côté, les médecins de la milice doivent examiner sérieusement les cas qui leur sont soumis, et à cette occasion je veux rappeler un fait qui s'est passé *en France*, il y a deux ans environ, et qui a beaucoup de rapport avec le précédent : il ne manque que la poursuite pour faux. Un chirurgien distingué de Paris soignait un jeune homme pour une orchite tuberculeuse très nette : il y avait des points ramollis, etc., etc. Le jeune homme, *non réformé*, est appelé à faire son service militaire à R... Le médecin traitant délivre un certificat au futur *cavalier ;* celui-ci le remet au médecin militaire qui s'écrie : « Quel est l'imbécile qui vous a donné cela ? » Mieux vaut encore avoir été jugé par un médecin militaire que par la Cour d'assises.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

Réflexions à propos du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Monsieur le Directeur,

Vous uous avez invités à vous communiquer nos réflexions sur certaines dispositions du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie soumis en ce moment à la Chambre des Députés.

Je vais vous présenter les miennes le plus brièvement possible.

Une première impression s'impose après la lecture de ce projet. Les auteurs se sont laissé trop dominer par le souci des intérêts des pharmaciens, j'entends des intérêts matériels. Ils ont en plusieurs articles négligé ceux des clients, en d'autres ceux des médecins.

Il est de plus manifeste qu'ils veulent sortir de leur véritable rôle, qui est le suivant à mon avis. Offrir au médecin la garantie d'un bon choix et d'une bonne préparation des médicaments prescrits au malade ; au client la certitude que les prescriptions de leur médecin sont fidèlement et cousciencieusement exécutées.

En dehors de ce rôle, que pourrait-il leur rester qui ne fût inutile ou bien usurpé ? Oh ! je sais toutes leurs prétentions ; elles sont très bieu et très naïvement traduites dans la rédaction de l'art. 6.

Eh bien! cet article-là est tout bonnement inadmissible pour uous médecins, et il démolit absolument le privilège des pharmaciens, que ce même projet veut au contraire renforcer.

Pour nous médecins, ce serait laisser renverser les dernières barrières, qui rendent au moins illégales

les pratiques médicales des pharmaciens, et qui, le jour où nous le voudrions, pourraient les rendre moins fréquentes.

Aujourd'hui on les franchit aisément : encore existent-elles ! En fait vous ne pouvez rester une demi-heure dans une officine sans vous rendre compte de la pratique médicale chaque jour plus importante, qui se fait à notre détriment par les pharmaciens.

Le dommage est très réel pour nous, je vous assure. Car il ne s'agit pas de quelques médecines ou sirops anodins distribués largement pour des indispositions. J'entends des traitements de diabétiques, de phthisiques, etc., etc., et par les substances les plus actives. La syphilis, les blennorrhagies, les hernies sont traitées en aveugles avec le seul souci de beaucoup fournir. Voilà le grand objectif de nos pharmaciens : aussi voit-on de mauvais œil le médecin qui prescrit peu.

Si courtoisement vous représentez à l'un d'eux que ses pratiques médicales dépassent les bornes de la plus simple convenance vis-à-vis des médecins, qui, bien que lésés, répugnent à se plaindre, vous recevrez ceci pour réponse : « Si je ne le fais pas, mon concurrent le fera, le fait ; les clients vont chez lui. » De nos intérêts manifestement et véritablement lésés on n'a cure.

Que le client guérisse, on s'en moque : il a payé, il reviendra *consommer*.

Si l'article 9 était admis, toutes nos consultations y passeraient. Il serait plus net de déclarer que les pharmaciens, n'ayant jamais fait d'études médicales, pourront exercer librement la médecine à leurs *risques* et *périls*.

Et c'est au fond leur véritable prétention. Quand on ne se laisse pas arrêter par les grands mots, on le voit aisément. Mais je disais que cet article 9 arrive à combattre le privilège des pharmaciens.

En effet, que veulent dire ces mots : *sur la demande expresse de l'acheteur ?* Sans nul doute, si l'acheteur *à ses risques et périls* veut se passer de médecin et se médicamenter à sa guise, il le peut bien.

Alors pourquoi forcer ce client à passer par une officine patentée ? Un droguiste fournira aussi bien et à meilleur compte.

Quant à la responsabilité du pharmacien *en ce cas*, pourquoi donc en parler ? Si la remise du médicament n'est pas accompagnée du *petit conseil médical*, qu'on ne veut pas avouer, elle ne devrait pas exister ! Puisque le médicament a été livré sur *la demande expresse* de l'acheteur, à ce dernier de savoir ce qu'il fait ! Il ne doit s'en prendre à personne s'il arrive quelque accident.

C'est le libre exercice de la pharmacie.

Et ce n'est certes pas ce que veulent MM. les pharmaciens. Voyez l'article 8.

Comme ils cherchent bien au contraire à se défendre dans leur privilège ! Et cependant, pour bien apprécier l'esprit des dispositions qui tolèrent en certains cas précis la pratique de la pharmacie par les médecins de campagne, il faut se souvenir seulement dans quelles conditions ils sont amenés à s'y livrer.

Le malade est à 5, 7, 8, 10, 12 kilomètres de toute résidence médicale. Avec les retards forcés subis par le malade, il s'écoulera 8, 10 heures avant qu'il n'ait ses médicaments. Un surcroît de fatigue sera imposé à ceux qui entourent le malade, forcés d'aller loin à la pharmacie, après leur longue course au domicile du médecin. Qu'importe ? Le médecin gardera bien la responsabilité de ce qui suivra sa visite, mais le privilège du pharmacien sera sauf ! Notez que personnellement je ne fais pas de pharmacie, que je ne désire pas en faire. Mais je vois chaque jour combien le médecin de campagne rend service à ses clients en leur fournissant des médicaments. (Article 8 à rejeter).

De plus il peut ainsi être sûr de ce qu'il fait, de ce qu'il donne. Ses armes sont sûres, la victoire est ainsi bien plus assurée. Tandis que, je le dis à regret, trop souvent le médecin ne peut plus compter sur ce que livre le pharmacien.

La concurrence *au rabais* force à acheter les drogues douteuses. On laisse de côté les produits des maisons sérieuses, qui coûtent plus cher, étant garantis purs. C'est même là un grand desideratum pour le médecin de campagne.

Trop souvent, il ne peut compter sur la qualité des produits qui seront livrés. C'est ce qui faisait proposer ces jours-ci à un de vos correspondants la création d'officines d'État qui, *théoriquement*, auraient dû livrer des produits de premier choix.

Il y aurait à cause de cela à étudier une disposition qui permît et donnât le droit au médecin d'exiger les marques auxquelles il aurait donné sa confiance. Le principe ne saurait être discuté ; seules les dispositions à prendre devraient être prises pour écarter les abus.

Art. 11. Nul, etc., ajouter ou *médecin*, et mieux : En dehors des journaux de médecine ou de pharmacie, plus de réclames pour des médicaments.

Art. 15. La Commission d'inspection devrait comprendre : un pharmacien étranger à l'arrondissement, un médecin également pris hors de l'arrondissement. Lors de l'inspection, des échantillons devraient être prélevés en présence du pharmacien visité et sérieusement analysés.

Art. 16. S'il faut un pharmacien responsable, c'est tuer et rendre impossibles ces pharmacies, si utiles. Si on exige qu'il y en ait un, pourquoi ne vendrait-il pas au public ? Il vendrait à l'hôpital, à la société, etc., et au public.

Art. 4. La résidence doit être réelle. Si le pharmacien peut faire gérer par un gérant non pharmacien reçu : à quoi bon interposer le pharmacien entre le client et le médecin ? Si le gérant est pharmacien, rien à dire par nous.

Art. 6. Faire gérer un an par un *élève agréé*, ne peut être admis. Cet élève n'a pas *qualité* pour prendre la responsabilité en cas d'accident.

Quant à la prétention de monopoliser la médecine vétérinaire, elle ne nous regarde pas. Mais les *vétérinaires* diplômés ne sont pas privilégiés, pourquoi les pharmaciens vétérinaires le seraient-ils ?

Liberté de cette pharmacie, puisque la loi laisse liberté de cette médecine.

En résumé, nous devons nous opposer surtout à l'article 9. C'est la porte ouverte à l'exercice de la

médecine par les pharmaciens, il n'y a pas à s'y tromper.

Encore un mot au sujet de la question de la propriété de l'ordonnance traitée dans un des derniers numéros du *Concours*.

Ici nos pharmaciens les gardent. Mais, pour expliquer cette pratique quelquefois bien gênante pour nous, ils ne se mettent pas en frais de raisons de haute valeur : la sécurité du client, l'impossibilité de faire exécuter deux fois une ordonnance non renouvelable, etc. Ah! oui! Bien au contraire, et c'est l'*aveu formel* qui m'était fait ces jours-ci par l'un d'eux : c'est pour forcer le client à revenir à la même pharmacie, quand il voudra renouveler ses médicaments sans revoir le médecin !

Voilà la vérité toute simple.

Dr Grellière.

CORRESPONDANCE

Monsieur le Directeur du *Concours Médical*,

Dans la lettre que je vous avais adressée au sujet de la loi Chevandier, j'approuvais la suppression de l'officiat de santé, mais je m'élevais contre le projet d'offrir aux anciens officiers de santé des *facilités* pour devenir docteurs, me basant sur ce fait que jusqu'à ce jour les deux ordres de médecins ont exercé côte à côte sans que la différence de titres ait paru avoir une importance bien grande aux yeux du public, J'ajoutais que par surcroît, ceux qui voudraient avoir ce titre (purement honorifique pour les officiers de santé déjà en possession d'un diplôme leur donnant droit d'exercer la médecine) devraient passer par la filière par laquelle ont passé tous ceux qui le possèdent.

Inde iræ ! répéterai-je avec votre correspondant.

Faites repasser à 50 ans les examens à tous les docteurs et vous verrez le résultat, ajoute-t-il. — Serait-il bien rigoureux de conclure, parce que les docteurs auront pu, peut-être, oublier quelques parties de ces examens, que les officiers de santé qui ne les ont jamais préparés seraient bien plus capables de les subir brillamment ? Je vous laisse juge.

Mon contradicteur dénie au baccalauréat toute utilité, je ne suis pas de son avis ; mais, sans vouloir soulever une nouvelle discussion, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que, si le baccalauréat est assez peu important pour qu'on en puisse dispenser sans inconvénient les officiers de santé candidats au doctorat, on rendrait aux jeunes gens qui se destinent à la carrière médicale un signalé service en les en dispensant également : ils n'orthographieraient peut-être pas toujours très correctement leurs ordonnances, mais ils seraient en mesure d'en délivrer 4 ou 5 ans plus tôt. Grande économie de temps, d'argent, et d'études !

Telles sont les quelques remarques que je crois devoir vous adresser en réponse à la lettre de votre correspondant.

Veuillez agréer, etc.

Dr B...

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

I

Réactif de Tanret pour l'albumine.

(Suite.)

Quand on veut déceler de très faibles quantités d'albumine, il convient d'employer le procédé suivi par le professeur Bouchard, et qui consiste à mettre d'abord 2 à 3 centimètres cubes de réactif au fond d'un tube, puis à y faire couler lentement l'urine limpide le long des parois. A l'intersection des deux couches, il se forme un disque plus ou moins épais et opaque selon la quantité d'albumine précipitée. — Ce disque indique, par exemple, de 5 à 10 millig. par litre quand il est bleuâtre et très mince ; à dix centigrammes, il se forme déjà des grumeaux extrêmement fins par le repos de l'urine traitée par le réactif et chauffée.

Le grand reproche que quelques-uns font au réactif de Tanret est précisément ce qui en fait le mérite, c'est-à-dire son extrême sensibilité. — Mais comme, en somme, il n'indique de l'albumine que quand il y en a, et qu'il n'en indique que ce qu'il y en a, il est inutile de discuter ce reproche digne d'un autre temps.

II

Applications calmantes

Le Dr Galezowski recommande, contre les névralgies périorbitaires et les hémicranies ophtalmiques, le mélange suivant :

Menthol..	0 gr.	75
Cocaïne.	0	25
Choral.	0	15
Vaseline.	5	00

En application sur le point le plus douloureux et en recouvrant d'une bande de taffetas d'Angleterre.

(*Les Nouveaux Remèdes*.)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle *fondé en* 1882.

15e séance, 4 mai 1886.

Les membres du Syndicat se sont réunis à Fismes le mardi 4 mai 1886.

La séance est déclarée ouverte à deux heures par M. Dulieu, président.

Étaient présents : MM. Dulieu, Ancelet, Lécuyer, Godart, Wimy, Braco, Gaillart, Dupré, Bourg, de Châteaubourg, Faille, Deligny, Manichon.

M. Manichon, d'Oulchy-le-Château, est admis à l'unanimité.

Le Secrétaire lit les lettres de démission de MM. Galimant et Balossier.

Ces confrères ne se décident à quitter le Syndicat qu'à cause de leur éloignement et de la formation du Syndicat laonnois plus rapproché de leur résidence, mais ils restent de cœur avec nous.

Le Syndicat les nomme membres d'honneur.

Le Secrétaire lit également une lettre du docteur Dupuy, de Vervins, député de l'Aisne, en réponse à la demande faite en novembre dernier, par suite d'une délibération du Syndicat, de s'occuper de la reconnaissance par la loi des Syndicats médicaux.

Voici cette lettre :

« Mon cher confrère,

« Je m'empresse de vous informer que je n'ai point perdu le souvenir de l'arrêt de la cour de cassation qui est venu, l'année dernière, à la stupéfaction générale, suspendre l'organisation des Syndicats médicaux.

« Je suis profondément convaincu que les médecins sont aussi fondés que qui que ce soit à réclamer le bénéfice de la loi sur les Syndicats professionnels et j'ai l'intention de demander, dans ce sens, un article additionnel au projet de loi qui va bientôt venir en discussion.

« S'il est une profession qui exige un travail incessant du corps et de l'esprit, c'est bien la nôtre, puisque le repos même de nos nuits nous est disputé par les mille besoins des malades.

« Prisonniers de nos devoirs, c'est bien la moindre des choses que nos efforts collectifs puissent tendre à nous assurer une légitime rémunération.

« Veuillez agréer, Monsieur, etc. »

Le Syndicat sait que, depuis, notre vaillant et distingué confrère et député a tenu parole.

Le Secrétaire expose qu'il a écrit au Ministre des postes et télégraphes au sujet de l'affranchissement de nos circulaires et de nos notes d'honoraires avec formules de politesse, mais il est intraitable, comme son prédécesseur, et ne tolère l'affranchissement à prix réduits que pour les simples :

Doit M. X. au docteur Y. la somme de.....

Le Secrétaire considère comme absolument excessif de faire payer 5 centimes pour une note ainsi conçue : « Doit M., etc. », et 15 centimes, celle-ci : « Monsieur, j'ai l'honneur de vous envoyer la note, etc. » Et la circulaire : « Monsieur, dorénavant je vous enverrai ma note tous les ans, etc. », mériterait mieux les faveurs du prix réduit que la suivante qu'il a reçue comme président-directeur de fanfare. Cette circulaire, bien détaillée, dit en substance que les orphéonistes allant dans les Concours, pour se préserver de la vérole (la grande) et sans porter atteinte au plaisir où nous convie la nature, peuvent se procurer des préservatifs en caoutchouc, bien supérieurs à ceux en baudruche, sans odeur ni déchirure ; que c'est un véritable service à rendre à la société, etc.

Le côté naturaliste de la circulaire, c'est la représentation de trois cercles concentriques figurant la grosseur, la pointure, le numéro que l'on désire avoir et que l'on promet ; la manière de s'en servir, etc. (Hilarité).

Les membres du Syndicat, considérant que journellement ils reçoivent, affranchis à prix réduits, des convocations à des sociétés scientifiques ou financières, des avis de fournisseurs avertissant du passage de leur représentant ou de l'arrivée de leurs marchandises, avis bien *personnels* et qui ne s'adressent ou qu'aux clients du même commerçant, ou qu'aux membres de la société, émettent le vœu, que les mesures libérales dont bénéficient de nombreuses professions, au point de vue des tarifs postaux réduits, soient étendues au profit de la profession médicale si dévouée et toujours sacrifiée, et charge l'Union des Syndicats de démarches en ce sens.

L'ordre du jour appelle la question de la création d'un ordre des médecins. Le syndicat, après en avoir délibéré, redoute au point de vue de la dignité médicale cette institution, et, à cette organisation officielle et obligatoire, il préfère l'association libre, à tous les degrés et sous toutes les formes, de tous les membres de la profession et passe à l'ordre du jour.

Le président expose que l'année dernière un membre des syndicats, étant malade, s'est fait remplacer par un sieur C... ; qu'il a appris dans ces derniers temps qu'à *l'instigation et avec l'aide* d'un client voulant exercer une vengeance personnelle, le susdit C... était venu s'établir en concurrence dans une clientèle qui lui avait été confiée : que ce fait lui paraît monstrueux, et il demande au Syndicat d'apprécier la conduite du sieur C... comme elle le mérite et d'adopter une manière d'être des membres syndiqués envers lui.

Les membres du syndicat, s'inspirant dans la circonstance de l'appréciation formulée par le regretté docteur Dechambre dans son beau livre intitulé « *Le médecin, devoirs publics et privés* » livre qui fait loi en déontologie médicale, à l'article *Remplacements volontaires* p. 520, appréciation ainsi formulée : « *Pour cause d'absence ou de maladie, un médecin confie sa clientèle à un confrère celui-ci reçoit un dépôt inaliénable comme un dépôt d'argent chez un notaire. En garder la plus minime partie serait de tous les modes de détournement le plus blâmable.* » Considérant que le sieur C... s'est mis par cette conduite en dehors complètement des usages et des devoirs professionnels ; qu'il a manqué gravement à l'honneur en abusant de la confiance que notre confrère malade avait eue en lui comme remplaçant ; tous les membres du Syndicat s'interdisent absolument d'avoir aucune espèce de rapports médicaux ou autres avec lui.

Le Président expose qu'il y a lieu de nommer un délégué à la prochaine réunion de l'Union des Syndicats ; M. Lécuyer secrétaire est nommé à l'unanimité.

La prochaine séance aura lieu le mardi 29 juin à Braisne, hôtel de la Croix-d'Or.

Ordre du jour : *Révision du règlement. Révision du Tarif.* La séance est levée à 4 heures.

Le secrétaire général
Docteur H. Lécuyer
de Beaurieux (Aisne)

UNION DES SYNDICATS

(Séance du 1er mai 1886).

Les membres du bureau de l'Union des Syndicats ont tenu séance, dans les bureaux du *Concours médical* le 1er mai, à deux heures.

Étaient présents : MM. Marguerritte, président; Cézilly, vice-président; Destrem, Millet, Barat-Dulaurier, secrétaire-trésorier.

Le Secrétaire-trésorier expose l'état du recouvrement des cotisations pour l'exercice courant. Un nombre assez considérable de Syndicats ont adressé les sommes qu'ils devaient verser à la Caisse et qui, aux termes de la décision votée à l'assemblée générale du 9 août dernier, sont fixées à 2 francs par membre des Syndicats adhérents.

Dans le cas où des cotisations ne seraient pas versées au 1er juin, le Secrétaire-trésorier est invité à adresser une nouvelle lettre de réclamation, la première ayant pu passer inaperçue.

Il est également décidé qu'un appel sera adressé à tous les Syndicats qui, bien que n'ayant pas donné leur adhésion formelle aux statuts de l'Union, avaient affirmé leurs sentiments de solidarité en envoyant des fonds pour aider à supporter les frais nécessités par le procès de nos confrères de Domfront.

Le Trésorier expose que tous les frais occasionnés par ce procès sont actuellement réglés. Le 4 novembre dernier, avec l'autorisation du bureau, il a envoyé à M. Barrabé, de Domfront, la somme de 268 fr. 01 solde réclamé par les avoués de Caen. La Caisse de l'Union a donc déboursé, pour venir en aide à nos confrères, la somme totale de 1,801 fr. 41.

M. Marguerritte fait connaître au bureau les poursuites exercées actuellement contre un honorable confrère du Havre pour un fait d'ordre professionnel. Une personne ayant contracté une assurance sur la vie vient à décéder. Pour payer la prime d'assurance, la Compagnie exige la présentation d'un certificat constatant la nature de la maladie à laquelle a succombé le défunt. Le docteur X..., *médecin traitant*, se déclarant lié par l'article 378 du Code pénal, refuse de délivrer le certificat exigé par la Compagnie. De son côté, la Compagnie ne veut pas payer la prime sans que la pièce réclamée par elle soit fournie.

Dans ces conditions, les héritiers du défunt actionnent le médecin traitant et lui réclament :

1° Trois mille francs de dommages-intérêts;

2° La somme de Dix mille francs, montant de la prime figurant au contrat d'assurance, dans le cas où la Compagnie, par suite du refus du certificat réclamé, serait reconnue fondée à ne pas compter cette somme aux ayants-droits du décédé.

Ce procès touche à un point des plus délicats de la pratique professionnelle. Tous les médecins sont exposés à se trouver en conflit avec la loi, par suite des exigences des Compagnies qui, s'occupant uniquement de leurs intérêts pécuniaires, se soucient peu des poursuites que le médecin pourra encourir pour le fait de violation du secret.

Dans ces conditions, en présence de la nouvelle doctrine appliquée récemment par la cour de cassation dans un procès célèbre, M. Marguerritte demande à l'Union de venir en aide au confrère poursuivi et d'affirmer ainsi la solidarité des membres de tout le Corps médical.

Après un échange d'observations entre tous les membres présents, il est décidé, à l'unanimité, que la Caisse de l'Union devra supporter les frais du procès intenté au docteur X... en raison des faits ci-dessus énoncés (1).

Le Secrétaire expose ensuite le cas qui lui a été soumis par le bureau d'un Syndicat adhérent à l'Union à l'occasion de difficultés survenues relativement à une question d'honoraires. Le Secrétaire est invité à faire connaître aux intéressés l'avis des membres du bureau.

Enfin, avant de lever la séance, il est convenu que les membres du bureau feront connaître à tous les Syndicats les questions qui devront être examinées à la prochaine réunion des membres de l'Union. La date de cette réunion n'est pas encore fixée, mais les divers Syndicats seront avisés assez tôt pour pouvoir étudier utilement les questions qui leur seront soumises.

Le Secrétaire-trésorier,

Ad. Barat-Dulaurier.

Alliance de l'Association et les syndicats.

Extrait du discours prononcé par M. Saint-Philippe dans la Société locale de la Gironde.

Fortifions, Messieurs, et perfectionnons les instruments que nous avons entre les mains, l'Association et les Syndicats : nous pourrions plus mal faire.

Les Syndicats ! Voulez-vous que nous en causions encore un peu ? Leurs actes nos intéressent. Ce sont de proches parents auxquels nous devons quelques mots de courtoisie. Les journaux vous ont appris que nos syndicats girondins avaient eu la pensée de convier en un grand banquet — il n'en faut pas trop, il en faut pourtant — les Députés et les Sénateurs du département, et là, dans l'intimité de cette douce communion, leur avaient exposé en un langage sobre et sage, parfaitement approprié à la circonstance, les points de législation sur lesquels les médecins attendaient et réclamaient leur concours : révision de la loi sur l'exercice de la médecine; addition à la loi sur l'exercice de la médecine; addition à la loi du 21 mars sur les Syndicats professionnels. L'Association avait été conviée à cette intéressante réunion, d'où la politique était bannie. Le Bureau, sensible à cette marque de déférence, n'a pas cru déroger en se rendant à l'invitation, et notre Président M. Hameau a su dire à propos que l'Association se joignait aux Syndicats dans leurs réclamations personnelles qu'elle trouvait légitimes, et d'autre part, que c'était d'un commun accord, non de quelques points isolés, que le Corps médical demandait la révision d'une loi caduque et surannée comme celle qui régit actuellement la profession médicale.

(1) Dans un prochain article, nous nous proposons d'étudier cette importante question. Nous serions reconnaissants à nos confrères qui auraient des documents particuliers de vouloir bien les envoyer en communication.

Il y aurait mauvaise grâce à le contester, Messieurs. Le moyen employé par nos collègues est le moyen pratique par excellence. C'est en instruisant directement nos représentants (quels qu'ils soient, politiquement parlant) de nos desiderata; c'est en leur exposant les raisons par lesquelles nous appuyons nos griefs, bien mieux que par l'exhalation platonique perpétuelle de nos plaintes, que nous pouvons espérer de sortir de la période d'attente énervante et de piétinement où nous croupissons depuis si longtemps, que nous pouvons compter enfin sur quelques timides réformes. Aussi ne saurait-on trop recommander l'exemple aux autres groupements locaux. Il serait bien que la même chose se fît partout. Le succès serait peut-être au bout.

Il ne faut pas s'étonner, Messieurs, de la tournure militante prise par les Syndicats. L'Association, qui n'a pas été très heureuse jusqu'ici dans la poursuite des conquêtes rêvées et qui est d'ailleurs tenue à une certaine réserve, ne peut que voir d'un œil favorable entrer en ligne ces grand'gardes, ces combattants audacieux et résolus, à la mine guerrière. Ce sont en somme des troupes fraîches de la même armée, qui suivent le même drapeau et vont au même feu. Les appuyer, les soutenir, marcher avec eux, quoique d'un pas plus mesuré, ne peut être vraiment qu'habile et qu'honorable. Au demeurant, les éclaireurs ne sont-ils pas fréquemment obligés de revenir en arrière, de SE REPLIER, suivant le mot technique, vers le centre, la masse solide et résistante qui les suit? Nous serions là pour les recevoir, nos explorateurs, si, d'aventure, dans leur marche en avant, ils échouaient; et s'ils réussissaient, renforcés par nous, qui donc triompherait au bout du compte, sinon l'être abstrait, cher à tous, la profession? Est-ce là, je le demande, se mettre à la remorque des gens, comme on a osé le dire? Et quand ce serait, depuis quand le remorqueur déshonore-t-il le gros bâtiment qu'il a charge de conduire au port, *avec toutes ses richesses !*

Quelques-uns se demandent, Messieurs, si les unions, les concerts de Syndicats médicaux répondent bien aux nécessités de l'heure présente, et si, dans leur allure un peu téméraire, ils mettent bien toutes les chances de leur côté. Peut-être que oui, peut-être que non. L'avenir se chargera de le montrer. Mais ce qui serait profondément malheureux, ce serait que ces associations fissent perdre de vue le véritable Syndicat, qui est le petit Syndicat local, restreint, presque ignoré, où les intérêts sont communs et voisins. Je me suis laissé dire que déjà l'on remarque quelque relâchement dans la présence aux réunions, si bien faites pourtant pour cimenter cette union qui fait toujours la force, et qu'on met déjà quelque mollesse à appliquer les conventions adoptées et librement consenties. Cela, ce serait la chute, la mort à brève échéance. Laisser à quelques-uns, si expérimentés soient-ils, le soin de diriger ses affaires au chef-lieu plutôt que de les traiter soi-même journellement, c'est descendre, c'est déchoir, c'est abdiquer. La déception suit de près, quand ce n'est pas pis. Nous adjurons tous nos associés, syndiqués et non syndiqués, de conserver l'ardeur des premiers jours et d'y ajouter la persévérance qui fait les œuvres fortes et durables. Se garder de l'euthousiasme comme de la désespérance est la marque des esprits bien trempés, et, pour montrer qu'on est digne de la liberté, point ne suffit de planter sur les places publiques des arbres emblématiques et de crier : vivat! après. C'est à l'usage qu'on le fait connaître. Les uns et les autres, Messieurs, nous affirmerons notre esprit de gouvernement, et, le temps de la lutte passé, aux « doléances nous saurons substituer l'action. »

NOUVELLES

Le Conseil municipal de Paris, après une longue discussion, a voté la mise à la disposition de l'institut Pasteur 2 500 mètres de terrain dépendant de l'ancien collège Rollin.

Cette concession est juste la moitié de celle que la commission proposait; elle a été présentée au Conseil par M. A. Humbert dans les termes suivants : « La commission, à notre avis, pèche par excès de zèle. Il faut un terrain pour les expériences de M. Pasteur et non pour un hôpital; car il a été question d'hôpital. Il s'agit d'un établissement où les malades pourront être inoculés et où quelques lits pourront être installés. Pour cela, 2 500 mètres suffisent largement. » Cette proposition a été adoptée par 34 voix contre 17 sur 51 votants.

La réouverture de l'École de pharmacie de Paris aura lieu le 7 juin.

Le ministre a prescrit une enquête relativement aux imputations dirigées contre M. Chatin, directeur de l'École.

La Chambre des députés a voté un crédit de 200 000 francs à l'effet de contribuer à la souscription de l'Institut Pasteur.

Par suite de la mort de M. Legrand du Saulle, les mutations suivantes ont eu lieu dans les services d'aliénés dépendants de l'Assistance publique : M. Voisin, médecin de l'hospice de Bicêtre, est passé à la Salpêtrière, et notre ami et collaborateur, le docteur Deny, médecin-adjoint à l'hospice de Bicêtre, est passé médecin titulaire dans le même établissement.

NÉCROLOGIE

Dr Monteils, chevalier de la Légion d'honneur, médecin à Alais (Gard), ancien membre du *Concours médical*.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclrc, 14, rue Delambre.

Huitième année N° 24 12 Juin 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Transport de la rougeole à distance par des personnes saines.

Nous disions, il y a quelques jours, que la question de savoir si le contage de la rougeole peut être transporté à distance par des personnes saines avait été discutée dans la Société de médecine berlinoise et diversement tranchée par les orateurs. Le docteur Joël, chargé de la surveillance médicale des écoles de Lauzanne, a observé (1) quelques faits qui l'ont conduit à admettre comme indiscutable la propagation des maladies infectieuses par des vecteurs non contaminés, inconscients, et sans doute trop souvent par les médecins eux-mêmes.

Dans un cas, la rougeole avait été apportée dans une maison de correction pour enfants de Lauzanne par un petit garçon venu de Genève en incubation de rougeole. Le boulanger et le facteur de la poste qui fréquentaient la maison, mais n'avaient pas de contact direct avec les malades, virent leurs enfants pris de rougeole dans les délais ordinaires, et, chose particulièrement remarquable, « le facteur de la poste semblait apporter dans chaque maison la rougeole avec sa correspondance ». Peu de familles échappèrent à la contagion.

Dans une salle de l'Hôpital des Enfants où n'existaient pas de rougeoles, une petite fille est prise de cette maladie. On apprend que son père lui a fait visite, ayant chez lui deux enfants atteints de rougeole; à partir de ce moment, malgré des précautions d'isolement, huit autres enfants prennent la rougeole dans les salles.

(1) *Semaine médicale* du 2 juin.

Il est certain que ces faits semblent très probants; mais, pour ce qui est du transport de la rougeole par le médecin, il sera toujours bien difficile de l'éviter, même en prenant de très grands soins. Le médecin d'un hôpital d'enfants peut et doit, sans nul doute, adopter, pour faire son service, un costume de toile qu'il quittera en sortant, après avoir fait de soigneuses ablutions désinfectantes; mais, dans sa clientèle, où toujours existent des maladies contagieuses, il ne peut pourtant pas changer de vêtements après chaque visite qu'il a faite. Malgré toute la bonne volonté possible, nous *n'atteindrons probablement* jamais à l'idéal de la prophylaxie ; ce sera déjà bien d'en approcher.

Epidémie de scarlatine causée par le lait de vaches malades.

On a signalé au Local government board de Londres une épidémie de scarlatine qui a paru devoir être attribuée à l'usage du lait de vaches atteintes d'une maladie de nature inconnue jusqu'ici qui détermine des vésicules et des ulcères de la tétine. La scarlatine était apparue dans trois districts de Londres qui se trouvaient consommer le lait d'une même ferme. Cependant, un quatrième district, qui en consommait aussi, n'avait pas eu de cas de scarlatine. Une enquête fut faite dans la ferme soupçonnée; aucun des employés n'avait eu la scarlatine. Les vaches étaient réparties en trois hangars. Dans les deux premiers avaient été admises trois vaches nouvellement achetées, dont l'arrivée fut suivie de l'apparition des cas de scarlatine dans la clientèle. Le district de Londres qui, consommant le lait de la même ferme, n'avait pas eu de scarlatines avait reçu exclusivement le lait des vaches du troisième hangar. Quand le gérant apprit que le lait de sa ferme était suspect, il fit jeter dans des fosses tout le lait provenant des vaches des deux premiers han

gars; mais des habitants d'un village voisin, ayant suborné des employés de la ferme, se firent donner de ce lait. Bientôt apparaissait la scarlatine parmi eux. Or, deux des trois vaches soupçonnées d'avoir contaminé les deux premiers hangars avaient sur leurs pis de petites cicatrices, un des ouvriers se rappela qu'elles avaient eu quelque temps auparavant des vésicules et de petits ulcères en ces points, et que d'autres animaux du même hangar en avaient eu aussi.

Enfin, dernier épisode, le district de Londres qui avait été d'abord épargné parce qu'il consommait, pensait-on, le lait des vaches du petit hangar, est à son tour visité par la scarlatine à quelque temps de là. On examine de nouveau les vaches de ce hangar et on en trouve plusieurs porteuses de vésicules et d'ulcères récents. On interdit rigoureusement la vente du lait de toute la ferme, la scarlatine disparaît définitivement des districts contaminés.

Voilà à coup sûr des faits très nouveaux, mais établis par une enquête qui semble avoir été menée avec le plus grand soin et qui fait honneur aux institutions sanitaires anglaises, ils réclament de notre part une attention spéciale.

La pleurésie purulente et son traitement chez l'enfant.

M. le Dr Blachez a consacré une récente étude (1) à la pleurésie purulente chez les enfants et à son traitement. Il rappelle que, si cette modalité de la pleurésie est plus fréquente dans le jeune âge, c'est en partie parce que la scarlatine s'observe plus souvent alors et que souvent l'épanchement purulent de la plèvre vient compliquer la scarlatine.

La pleurésie est quelquefois purulente d'emblée dans les maladies infectieuses; lorsqu'elle paraît être devenue purulente consécutivement à une ponction, il ne faut pas croire que les choses se soient réellement passées ainsi, et que ce soit la ponction qui ait provoqué une transformation purulente. M. Dieulafoy a montré que tel épanchement qui a l'œil nu semble purement séreux, est déjà histologiquement purulent et que les leucocytes n'ont qu'à se multiplier pour communiquer à l'épanchement un aspect franchement purulent lors des ponctions suivantes.

M. Blachez pense, lui aussi, que la ponction de la plèvre, si elle est pratiquée proprement, ne peut jamais rendre purulent un épanchement destiné à demeurer séreux. A ce propos il conseille de se servir toujours d'une aiguille ou d'un trocart neufs; car, malgré le soin qu'on a pu prendre de flamber les instruments ou de les laisser séjourner dans des solutions phéniquées, on n'est pas certain de les avoir stérilisés rigoureusement. Pour faire le flamblage, il faut tremper l'aiguille ou le trocart dans l'alcool, puis allumer celui-ci, on est certain alors que la flamme aura léché toute la surface interne aussi bien que l'externe. Quant à l'action antiseptique absolue des solutions phéniquées, il n'y faut pas trop compter; il ressort d'expériences récemment faites par M. le Dr P. Redard que, même après un long séjour dans une solution d'acide phénique à 5 p. 100, les canules des trocarts demeurent capables d'amener le développement des cultures de microorganismes. Il faut l'emploi de solutions de sublimé à 1 p. 1.000. On pourrait obtenir un état aseptique en plaçant les instruments pendant un certain temps dans un autoclave comme il s'en trouve dans les laboratoires de microbiologie, et comme M. Redard vient d'en faire construire d'applicables à la pratique en réduisant leurs dimensions et en les rendant plus portatifs. Mais, jusqu'à ce que de tels moyens soient à leur disposition, les praticiens agiront sagement en employant toujours une aiguille ou un trocart neufs pour pratiquer la thoracentèse.

Le diagnostic de la pleurésie purulente est, comme le dit M. Blachez, fort délicat à établir. En dehors du cas où un abcès sous-cutané s'est formé en coïncidence avec des signes d'épanchement pleural, il ne faut pas compter sur des signes tels que l'état lisse de la peau, qui serait tendue et brillante du côté malade. Cet aspect de la peau ne prouve que l'abondance de l'épanchement et non sa purulence, de même que la fluctuation des espaces intercostaux. Les vraisemblances les plus grandes en faveur de la présence du pus dans la plèvre se tirent des circonstances dans lesquelles s'est développée la pleurésie, (maladies infectieuses et surtout scarlatine,) mais particulièrement de l'état général, de la fièvre avec cachexie croissante et de la diarrhée. Une pleurésie qui n'est pas entrée en résolution au bout de trois semaines chez un enfant a de grandes chances pour être purulente.

D'ailleurs une pleurésie purulente peut, chez les enfants, guérir spontanément.

La guérison sans ponction, par suite d'une sorte de cloisonnement de la plèvre et de la transformation granulo-graisseuse et d'une sorte d'émulsion de son contenu, qui se résorbe à la longue, est possible, mais à coup sûr exceptionnelle.

Ce qui est fréquent au contraire, c'est la guérison après évacuation du pus, que celui-ci soit expulsé par fistule bronchique, ou cutanée intercostale ou même en des points éloignés tels que la fesse ou l'aîne.

En règle générale il ne faut pas compter sur ces modes de guérison spontanée, et faire la thoracentèse. Les faits de guérison définitive après une seule thoracentèse sont authentiques, M. Blachez en cite des cas.

Mais d'ordinaire l'épanchement se reproduit et rend à brève échéance une nouvelle ponction nécessaire; s'il se reproduit de plus en plus lentement et en quantité décroissante, on peut espérer obtenir la guérison par des ponctions réitérées. M. Bouchut a cité un cas de guérison après 122 ponctions.

M. Blachez ne croit pas qu'on doive dépasser 5 à 6 ponctions. Alors il vaut mieux recourir à la thoracotomie. « En attendant trop longtemps, on risque, dit-il, d'amener une sorte de condensation du tissu pulmonaire sous des adhérences de plus en plus épaisses; une rétraction plus accentuée de la paroi thoracique avec les déviations vertébrales consécutives, qui peuvent amener des déformations persistantes et que l'âge ne modifie plus. »

our ce qui est du manuel opératoire, il est prudent

(1) *Gazette hebdomadaire*, 4 juin 1886.

de ne faire l'incision de l'espace intercostal qu'en se guidant sur le trocart conducteur qui aura servi à faire la ponction exploratrice, et les recommandations qu'ajoute M. Blachez méritent d'être suivies à la lettre.

« En résumé, bien que la pleurésie purulente, chez l'enfant, guérisse plus souvent que chez l'adulte par les ponctions simples suivies de lavage, il est indiqué de recourir à l'opération de l'empyème toutes les fois que l'amélioration n'a pas lieu franchement, après une série de quatre à six ponctions. L'opération ne paraît pas particulièrement dangereuse et doit être suivie de lavages désinfectants. Nous préférons de beaucoup la solution de sublimé au 1/1000e, ou une solution d'acide borique au 2/100e. Dès que la fièvre est tombée, on éloigne les lavages de plus en plus, de manière à les faire, s'il est possible, deux ou trois fois par semaine seulement. On se guidera d'ailleurs sur la fièvre et l'état général pour espacer les lavages. La plaie est recouverte avec plusieurs doubles de tarlatane phéniquée. Il faut avoir soin, à mesure que le foyer pleural se rétrécit, de diminuer la longueur des drains, qui peuvent gêner l'expansion pulmonaire et que l'on supprime dès que la respiration se rétablit et que le suintement purulent s'est presque tari.

« L'alimentation doit être aussi tonique que le permet l'état des fonctions digestives chez le malade. En se soumettant à ces diverses recommandations, on verra que la thoracotomie peut donner, dans la majorité des cas, d'excellents résultats chez l'enfant.

« Un dernier mot. La thoracotomie est une opération douloureuse et qu'il convient cependant de faire avec lenteur. Eu égard à la gêne respiratoire, on a longtemps redouté l'administration du chloroforme. Nous l'avons cependant souvent administré sans inconvénient pour le malade. Il convient de ne l'employer qu'avec précaution, et de s'arrêter à une demi-somnolence. Il est sans aucun inconvénient de pratiquer en même temps l'anesthésie locale à l'aide d'un jet d'éther dirigé sur le champ de l'incision. Cette pratique nous a toujours donné de bons résultats. Elle facilite beaucoup la manœuvre, et permet d'opérer avec la lenteur nécessaire. »

Traitement de la coqueluche par les insufflations nasales de poudres médicamenteuses.

Le Dr P. *Guerder*, membre du *Concours médical* (1) ayant à soigner une épidémie de coqueluche très violente, avait institué d'abord un traitement qui consistait en fumigations d'acide phénique dans la chambre des malades et dans l'emploi du sirop suivant :

Sirop d'iacode } à à 50 grammes
Sirop de belladone. }
Acide phénique. . . 0,50 centigrammes
Bromure de potassium, 4 grammes,

administré par cuillerées à café, une ou plusieurs fois par jour, selon l'âge des enfants.

Après avoir dû quelques succès à ce traitement, il se vit obligé de le suspendre à cause de l'intolérance extrême de certains sujets pour la belladone.

(1) Société médico-pratique, 23 mai 1886.

Le catarrhe nasal, la vive injection de la muqueuse pituitaire et la nature probablement parasitaire de la maladie lui suggérèrent la pensée d'un traitement local analogue à celui que l'on a déjà employé avec succès contre les quintes de la fièvre des foins. L'idée d'attribuer les quintes de la coqueluche à un réflexe nasal lui parut se concilier parfaitement avec de nombreuses observations d'autres réflexes nasaux, déterminant soit des accès de toux, soit des accès d'asthme.

J'ajouterai que bien souvent, d'après ma remarque, les petits coquelucheux se plaignent de vives démangeaisons dans le nez peu de temps avant l'explosion d'une quinte.

M. Guerder eut donc recours à des insufflations nasales d'une poudre impalpable, préparée avec parties égales d'acide borique et de café torréfié, à la fois absorbante et antiseptique.

Cette poudre était insufflée à l'aide d'une plume d'oie, d'un tube en verre, mais il est bien préférable de se servir d'un insufflateur nasal qui divise la poudre en la projetant et l'empêche de s'accumuler en un point limité de la muqueuse. M. Guerder a reconnu que les résultats obtenus étaient bien meilleurs quand il pratiquait lui-même les insufflations matin et soir, les mères ne réussissant point toujours elles-mêmes à les faire convenablement.

Sur 50 enfants traités par les insufflations nasales, 18 avaient déjà été traités par le sirop formulé plus haut, mais 17 ont été soumis exclusivement aux insufflations sans autre médicament qu'un ou deux vomitifs, dans quelques cas, pendant la période catarrhale. En général en un espace de temps variant de 2 à 6 jours, les quintes tombaient de 15 ou 20 à 4 ou 5 dans les 24 heures. En même temps elles diminuaient d'intensité ; les vomissements et les épistaxis devenaient rares, et parallèlement le catarrhe nasal disparaissait ainsi que l'injection de la muqueuse, et les mères remarquèrent que les enfants portaient moins fréquemment leurs mains au nez. Dans tous les cas où les insufflations purent être commencées dès le début, pendant la période catarrhale, une guérison radicale fut obtenue en 8 ou 15 jours, quelquefois moins. Dans trois cas même, il parut y avoir une influence vraiment abortive.

M. Guerder ayant eu connaissance, pendant qu'il appliquait sa méthode, de recherches analogues faites à Hambourg par M. Michael (insufflation de benjoin pulvérisé), essaya celles-ci comparativement et en eut aussi d'assez bons résultats, quoique moins précis qu'avec sa propre poudre.

Nous engageons nos confrères à essayer la méthode de M. Guerder, et pour notre part nous n'y faillirons pas.

QUINZAINE CHIRURGICALE.

Traitement des rétrécissements de l'urèthre par la dilatation immédiate progressive (méthode de M. le professeur Le Fort) et par l'électrolyse (1).

Dans un article sur le traitement des rétrécissements de l'urèthre paru dans les nos 7 et 8 du *Concours* en 1885, nous signalions une méthode de dilatation proposée déjà depuis un certain nombre d'années par M. Le Fort et nous disions qu'elle pouvait avoir quelques avantages dans certains cas donnés. Récemment le professeur de clinique de l'hôpital Necker exposait les résultats de sa pratique et les raisons qui lui font préférer cette méthode à d'autres qui ont eu ou qui ont aujourd'hui la faveur des spécialistes. Il est des rétrécissements de l'urèthre qui ne sont pas justiciables de la dilatation lente. Ou bien l'on est pressé de parer à des accidents aigus, rétention, menace de complications vésicales, etc., ou bien on a besoin de pénétrer dans la vessie au moyen d'instruments assez volumineux pour faire la lithotritie par exemple; ou encore, ce qui est assez fréquent, on est en présence d'un rétrécissement élastique revenant sur lui-même sans céder à la dilatation ou encore on a à lutter contre le rétrécissement irritable. Dans tous ces cas, deux méthodes ont été proposées tour à tour, la *divulsion* qui va distendre brusquement le ou les points rétrécis, et l'*uréthrotomie interne* qui divise le rétrécissement lui-même et permet l'introduction de bougies dilatatrices, qui devront ramener le canal à des dimensions normales. M. Le Fort, frappé des inconvénients qui s'attachent à ces deux méthodes et des accidents qu'elles ont amenés dans *certains* cas, n'a recours à aucune d'elles. Admettant l'efficacité de la *dilatation lente* dans les cas ordinaires, il pratique la *dilatation* rapide, ou *immédiate progressive*, dans tous les cas qui rentrent dans la liste que nous venons d'indiquer. Voici comment il la pratique. Le premier temps consiste, comme dans l'uréthrotomie interne, à passer une bougie conductrice de très petit calibre. Et dès ce moment on peut avoir de réelles difficultés. Pour préparer l'introduction de cette bougie, M. Le Fort conseille de pousser jusqu'au niveau du rétrécissement une grosse bougie conique que l'on appuie pendant un certain temps sur ce rétrécissement. La bougie conique donne à la partie située en avant de la stricture la forme d'un cône au sommet duquel se trouve l'orifice. La bougie filiforme se trouve ainsi conduite jusqu'à cet orifice sans difficulté et passe assez facilement. Cette petite bougie porte à son talon une armature métallique creusée d'un pas de vis au moyen de laquelle on peut la visser sans difficulté à l'un des cathéters dilatateurs. Ceux-ci sont au nombre de trois, gradués successivement de façon à correspondre aux numéros 12, 17 et 21 de la filière Charrière. Plins et résistants, ils ont la courbure d'une sonde ordinaire mais leur forme, dans la partie terminale, est celle d'un cône très allongé, tandis que la tige droite de l'instrument présente un calibre uniforme, celui de la partie la plus large. Quand la bougie conductrice joue assez librement dans le canal rétréci, on peut procéder immédiatement à la dilatation; si elle est serrée, il sera bon de la laisser 24 heures en place; alors, si elle est bien libre, on peut agir et visser sur son armature le cathéter no 1. On aura soin auparavant de vérifier si la sonde conductrice est bien solide et si elle n'est pas usée près de l'armature; pour parer à cet inconvénient, il est bon que ces bougies contiennent dans leur portion initiale un fil mince d'acier ou de baleine de 5 à 6 centimètres de longueur. Guidé par la bougie conductrice, le cathéter est introduit avec ménagement et une certaine force, comme une sonde métallique ordinaire et d'habitude le premier numéro passe facilement. M. Le Fort insiste avec soin sur ce point, très important : *on ne doit jamais forcer*, car alors on opérerait une véritable divulsion. Si le second cathèter ou le troisième ne peuvent passer facilement, il faut placer une bougie ou plutôt une sonde à demeure d'un calibre un peu inférieur au dernier cathéter introduit et le lendemain on voit si le canal s'est modifié et si on peut achever la dilatation. La dilatation immédiate progressive en elle-même est alors terminée, mais il faut maintenir le résultat acquis. Dans ce but on introduit dans la vessie une sonde molle, de gomme élastique; elle ne doit pas être très volumineuse, les numéros 18 ou 19 sont très suffisants. On la laisse en place 24 ou 36 heures; il se fait, quand on la retire, un léger écoulement muco-purulent par l'urèthre, beaucoup moins abondant qu'après l'uréthrotomie interne. Puis les jours suivants on continue la dilatation jusqu'aux numéros 25 ou 26 et, le traitement se trouvant ainsi terminé, le malade n'a plus, pour maintenir son canal en bon état, qu'à passer tous les deux ou trois jours un numéro 20 ou 22. Il va sans dire que les manœuvres de dilatation rapide doivent être précédées et accompagnées de toutes les précautions indiquées par l'état général du sujet; les grands bains, le sulfate de quinine, un régime non excitant seront les principaux moyens.

M. le Professeur Le Fort s'est attaché à réfuter les objections que l'on a faites à sa méthode. Dans les cas d'urgence, quand il y a une attaque de rétention d'urine, elle n'est pas contre-indiquée, et, si l'on ne peut passer immédiatement la bougie conductrice, on pourra toujours recourir à la ponction vésicale, opération qui bien exécutée est absolument inoffensive et que l'on peut répéter plusieurs fois sans danger. L'infiltration d'urine, une fièvre urineuse n'ont pas empêché d'employer plusieurs fois la méthode, et cela avec succès. De plus la dilatation immédiate progressive agit aussi vite que l'uréthrotomie interne, et elle ne fait pas courir aux malades des dangers plus sérieux.

Nous ajouterons même que pour un grand nombre de praticiens peu au courant de l'uréthrotomie interne, c'est une méthode de traitement plus facile à exécuter. Il ne faut pas oublier que la gravité de l'opération n'est pas plus grande, loin de là. La *divulsion* a donné un certain nombre d'accidents; l'uréthrotomie interne de même. Jamais M. Le Fort n'en a eu avec sa méthode; ceux qui en la pratiquant ont eu des insuccès

(1) *Société de Chirurgie*, 1er et 26 mai 1886.

ou des complications sérieuses n'ont pas agi en suivant les règles qu'il a formulées ; ils ont agi avec trop de violence et fait ainsi de véritables divulsions. La durée du traitement est assez courte, et c'est là un avantage qui n'est pas à négliger pour beaucoup de maladies ; en moyenne les sujets traités jusqu'ici par la dilatation immédiate progressive ont pu au bout de 15 à 18 jours de traitement arriver au passage des sondes de gros calibre.

Il est certain que, pas plus qu'aucune autre méthode, celle-ci ne procure la guérison radicale du rétrécissement; de même qu'après l'uréthrotomie ou la divulsion, il faut que le malade se soumette au passage périodique de bougies dans le canal ; mais il faut aussi teuir compte de ce fait, que les malades, moins confiants dans une opération non sanglante, seront plus disposés à surveiller l'état de leur canal qu'il ne le sont après l'uréthrotomie. Après celle-ci, malgré toutes les recommandations qu'on leur fait, ils négligent le passage des sondes; après la dilatation immédiate ils vivront dans la crainte salutaire d'une récidive, et ce sentiment les engagera à calibrer fréquemment leur canal.

— Voici encore une méthode rapide préconisée aujourd'hui par quelques chirurgiens anglais et américains (1), *l'électrolyse*. Newmann (de New-York) a traité par ce moyen une centaine de cas et n'a pas eu un seul insuccès. MM. Stevenson et Clarke (de Londres) ont déjà pu rassembler six observations personnelles ; Swindford Edwards rapporte aussi un fait favorable. L'électricité agit comme caustique sur le point rétréci, mais il faut toujours agir dans l'urèthre au moyen de l'électrode négative afin d'obtenir, comme après l'application des alcalis, une eschare mollasse et gélatineuse qui peut s'éliminer sans produire d'hémorrhagie et dont la cicatrice a fort peu de tendance à la rétraction. Le courant doit être d'intensité très modérée ; Edwards se servit dans le cas cité plus haut d'uu courant de 8 milliampères ; tandis que l'électrode, calibrée comme les bougies dilatatrices, portait sur le rétrécissement, une large plaque positive était appliquée sur la peau. Après la première séance on applique des électrodes de plus en plus volumineuses; cette augmentation de calibre n'est peut-être pas sans influence sur la dilatation qui s'opère. Stevenson, Clarke et Edwards pensent que l'électrolyse peut remplacer avec succès l'uréthrotomie dans nombre de cas où celle-ci est très difficile.

Nature parasitaire de la conjonctivite granuleuse. Nouveaux procédés de traitement de cette maladie (2).

Depuis longtemps on a observé que les granulations conjonctivales étaient contagieuses. Le Dr Poncet (de Cluny), poursuivant ses recherches bactériologiques, vient de montrer quel était, fort probablement, l'élément infectieux, le contage. La granulation en elle-même est formée par un tissu conjonctif lâche infiltré de leucocytes, et recouvert d'épithélium. En employant les procédés de coloration spéciaux pour mettre en évidence les microbes, on voit que tous les éléments cellulaires sont pour ainsi dire farcis de microcoques très fins. Mais il y a plus, ce tissu de la granulation, rempli de micro-organismes, a une tendance marquée à envahir le tissu cornéen lui-même de telle sorte qu'on retrouve les micrococci dans les couches de la cornée, émigrant loin de la granulation primitive; il y en a même dans le tissu du corps ciliaire et probablement dans le corps vitré, de telle sorte que l'œil atteint subit tout entier l'infection microbienne. Le docteur Sédan pense que les granulations d'Algérie ne sont pas de même nature que celles que l'on observe à Paris et en France ; pour M. Poncet, au contraire, le microbe spécifique est le même dans les deux pays ; mais il faut tenir grand compte des conditions de terrain, d'altitude, de climat, en un mot, et d'hygiène qui doivent modifier plus ou moins son développement. Cette remarque a été d'ailleurs vérifiée par M. Chibret (de Clermont-Ferrand) qui a observé qu'à une altitude de 220 à 250 mètres on ne trouve presque plus de granulations. On sait combien sont nombreux, et souvent inefficaces, les moyens de traitemeut employés contre la conjonctivité granuleuse. Le docteur Darier (de Paris) a obtenu de bon résultats de l'emploi de l'acide chromique et propose ce mode de traitement qui avait d'ailleurs été déjà préconisé il y a plus de trente ans par Hairion. Il se sert d'une solution aqueuse de cristaux d'acide chromique, et, après avoir bien séché la surface coujonctivale, il touche les points malades seulement avec la solution. Cette application n'est point douloureuse et elle semble décupler l'action du sulfate de cuivre que l'on peut employer dans les intervalles des cautérisations, qui ne seront répétées que tous les trois ou quatre jours. M. Wicherkiewicz (de Pozen), ayant en vue la nature contagieuse de la maladie, a recours aux solutions nettement parasiticides ; il *fait* tous les *quatre ou cinq* jours un simple badigeonnage au sublimé au moyen d'une solution à 10 p. 100.

Le Dr Dehenne modifie la surface granuleuse au moyen du thermo-cautère, en se servant d'une pointe très fine. Tous les ophthalmologistes reconnaissent aussi que, comme daus toutes les maladies contagieuses, le changement d'air, l'hygiène sont des adjuvants précieux du traitement chirurgical des granulations.

Traitement des anévrysmes artério-veineux.

M. le docteur Polaillon a reporté l'histoire fort instructive d'un cas de cette affectiou. Un jeune homme, très bien portaut, reçoit un coup de couteau dans le pli de l'aîne. Il s'établit une communication entre l'artère et la veine fémorales et les symptômes de la varice artérielle débutent dès la fiu de la cicatrisation de la plaie. C'est alors que survinrent des symptômes jusque là non signalés dans les anévrysmes artério-veineux du pli de l'aîne. Le système artériel, au-dessus du point malade, se dilate progressivement (artère iliaque, aorte), le cœur lui-même se dilate et s'hyper-

(1) Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, 25 mai 1886.

(2) Congrès de la Société française d'ophthalmologie, 29 avril 1886.

trophie considérablement ; ces désordres circulatoires amènent presqu'immédiatement des troubles nerveux, vertiges, accès épileptiformes très caractérisés, bourdonnements d'oreille. Le bruit de l'anévrysme empêche le malade de dormir, le membre blessé est impotent et l'état général notablement affaibli. Tous les phénomènes généraux cessaient quand on comprimait les vaisseaux au-dessus de la tumeur ; mais comment guérir celle-ci ? Il y avait sept ans que toutes les altérations avaient commencé, et quand M. Polaillon vit le malade, il pensa ne pouvoir faire la ligature de l'artère au-dessus du sac à cause de l'empâtement qui entourait les vaisseaux dans la fosse iliaque. Il vit plus tard qu'ils étaient entourés d'une gangue conjonctive assez résistante et qu'en outre artère et veine iliaque étaient intimement accolés. Il se décida alors à faire l'électropuncture de l'anévrysme, surtout après avoir fait plusieurs tentatives infructueuses de compression instrumentale. Après avoir appliqué une pelote-compresseur au-dessus de la tumeur, M. Polaillon y plaça trois aiguilles enfoncées de 15 millimètres et séparées par une distance de 1 centimètre l'une de l'autre. Pendant 10 minutes chacune d'elles fut mise en communication avec le pôle positif d'un appareil de Gaiffe, les douleurs provoquées furent vives : cette opération n'eut aucun résultat appréciable. Quinze jours après on fit une nouvelle tentative, cette fois au niveau de l'orifice de la communication artério-veineuse. Un caillot se forma et le bruit de thrill disparut. Mais dès le lendemain le malade fut pris de fièvre et d'angine ; puis les phénomènes d'une septicémie grave se montrèrent avec péricardite infectieuse, pneumonies hypostatiques, diarrhées fétides, arthrites. Bref le malade succomba dix-sept jours après la dernière séance d'électrolyse. (Le sang du malade contenait une très grande quantité de microbes et beaucoup de globules blancs).

D'après M. Verneuil, l'introduction des microbes dans le foyer anévrysmal peut aussi bien s'expliquer par une infection générale de l'organisme ; pour lui comme pour M. le professeur Le Fort, il faut autant que possible respecter les anévrysmes artério-veineux et, si on doit intervenir, il faut choisir de préférence la ligature des deux vaisseaux au-dessus et au-dessous de la tumeur. On peut même, d'après M. Verneuil, lier en masse, sans aucune crainte, l'artère et de veine s'il est trop difficile de les séparer l'une de l'autre. Il faut toujours s'attendre, pense M. Le Fort, à une gangrène plus ou moins étendue du membre inférieur à la suite de l'opératiou ; il n'est point partisan de l'électrolyse, dans ces cas, car elle provoque la formation de caillots trop faciles à dissocier.

En résumé dans ces cas on peut suivre les préceptes suivants : 1° Après la plaie, si la blessure de l'artère est nettement reconnue, on doit prévenir la formation de la varice anévrysmale en liant l'artère fémorale au-dessus de la plaie.

2° Si l'anévrysme commence à se former, il faut lier l'artère seule au-dessus et au-dessous de la communication.

3° Plus tard, quand les vaisseaux sont modifiés, il faut lier l'artère et la veine ; mais alors l'opération est beaucoup plus grave et expose à de nombreux accidents consécutifs.

Dr BARETTE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE (Séance du 8 juin).

Aucune communication n'a été faite.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE (*Extraits des comptes-rendus*).

Séance du 26 mai 1886

Injections hypodermiques de solutions ferrugineuses. — Colique hépatique, expulsion d'un volumineux calcul.

M. *Dujardin-Beaumetz* offre à la Société la thèse du docteur Hirsohfeld ayant pour titre : *Contribution à l'étude des ferrugineux en injections hypodermiques*.

A l'instigation de M. Dujardin-Beaumetz, l'auteur a expérimenté les différentes préparations ferrugineuses solubles, les pyrophosphate, peptonate, citrate, malate, albuminate de fer, etc., l'hémoglobine, mais les injections de toutes ces solutions se sont montrées douloureuses, et toujours il a fallu leur associer la morphine ou la cocaïne pour diminuer les souffrances qu'elles occasionnent. Ce procédé est donc peu pratique et iuapplicable dans la clientèle ; de plus il est inefficace. On a prétendu, à l'étranger, que le fer était facilement absorbé par la voie hypodermique et on en a donné comme preuve son passage rapide dans les urines ; mais on peut s'assurer que les urines en renferment normalement une certaine quantité qui s'accroît même notablement lorsqu'on supprime le fer dans l'alimentation. Lussana a émis l'opinion que le fer n'agit pas directement sur les hématies, mais bien d'une façon indirecte en passant par les organes hématopoiétiques, le foie en particulier ; cette manière de voir semble confirmée par l'efficacité absolue des injections hypodermiques de préparations ferrugineuses.

M. *Duchesne* demande si M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté le salicylate de fer vanté par certains auteurs.

M. *Dujardin-Beaumetz* n'a pas retiré de cette préparation plus d'effets utiles que de toutes les autres

M. *Bouloumié* relate l'observation d'une femme de cinquante ans, atteinte de lithiase biliaire ; il présente un volumineux calcul hépatique, pesant 20 grammes, et mesurant 5 centimètres de longueur et 7 centimètres de circonférence, que la malade a expulsé après une cure hydrominérale. Cette personne, arthritique, obèse et migraineuse, avait présenté des crises de colique néphrétique gauche et des accès douloureux de colique hépatique longtemps attribués à de la gastralgie. Les symptômes s'étant plus manifestement localisés du côté du foie, la malade se rendit l'année dernière aux eaux, où elle fut prise de coliques hépatiques violentes revenant à trois reprises différentes, et s'accompagnant d'un état lipothymique menaçant, puis enfin d'ictère. Le traitement hydrominéral qui avait été interrompu, fut de nouveau mis en œuvre, et l'on vit réapparaître, après une période de calme, des douleurs hépatiques subaiguës et des crises de migraine. La malade quitta la station thermale daus un moment où les crises douloureuses avaient cessé ; mais une nouvelle attaque de coliques extrêmement violente se montra au mois d'août et fut suivie de l'expulsion d'un volumineux calcul. Depuis lors, la malade a dit être certaine d'en avoir

rendu d'autres pendant le traitement; elle expulsa encore un dernier calcul depuis cette crise si pénible. M. Bouloumié, se basant sur la longue absence d'ictère, sur l'absence de facettes à la surface du gros calcul qu'il présente à la Société, pense que celui-ci n'était pas situé dans la vésicule, mais sans doute dans une dilatation des canaux biliaires; probablement les autres calculs rendus pendant la saison thermale précédente, au dire de la malade, étaient logés dans la vésicule.

M. *C. Paul* insiste sur ce fait que, dans la grande majorité des cas, les premières crises de colique hépatique sont prises pour de la gastralgie. Quant au siège de ce volumineux calcul, il diffère d'opinion avec M. Bouloumié; il est d'avis que ce cholélithe était logé dans la vésicule et s'y trouvait seul, ainsi que semble le démontrer l'absence de facettes à sa surface; s'il n'y a pas eu d'ictère avec un calcul aussi énorme, c'est précisément parce qu'il se trouvait dans la vésicule. Les autres calculs, vraisemblablement plus petits, étaient sans doute situés dans les conduits excréteurs. Il semble, d'après l'observation clinique, que ce gros calcul ait réussi à dilater le canal cholédoque pour arriver jusque dans l'intestin; cependant son volume considérable oblige à faire quelques réserves. N'aurait-il pas perforé la vésicule et la paroi intestinale préalablement unies par des adhérences? La malade a-t-elle présenté de la fièvre, du frisson pouvant rendre cette hypothèse probable? En étudiant la coupe de ce calcul, on voit qu'il est presque uniquement composé de cholestérine; il semble qu'un noyau primitivement vésiculaire ait été accru par l'apport de couches successives de cholestérine sur l'une de ses extrémités, probablement vers le col de la vésicule; on peut, à ce qu'il paraît, distinguer sur cette coupe la trace de trois phases distinctes d'accroissement.

M. *Bouloumié* affirme que sa malade n'a eu aucun phénomène pouvant faire songer à une perforation de la vésicule et de l'intestin; il ne croit donc pas au passage direct du calcul dans le tube intestinal.

M. *F. Vigier* a été appelé à analyser dernièrement un calcul tout semblable; il était composé de cholestérine et de pigment biliaire, avec une très faible proportion de sels de chaux. Les diverses couches offraient toutes la même composition.

M. *C. Paul* rappelle que les calculs nés dans la vésicule sont composés de cholestérine; dans le cas contraire, on rencontre surtout des sels biliaires.

M. *Dujardin-Beaumetz* insiste sur l'intérêt que présente la proportion plus ou moins considérable des sels de chaux. En effet, on voit parfois se développer dans la vésicule, lorsque son ouverture est oblitérée, de gros calculs renfermant des sels calcaires en grande quantité. Il fait remarquer, en outre, combien il semble au premier abord surprenant que les canaux excréteurs du foie puissent se prêter à une dilatation aussi considérable; dans le cas en question, il ne s'est écoulé que vingt-deux jours entre l'apparition de l'ictère et l'expulsion d'un calcul énorme. Il est vrai que chez cette malade les voies biliaires avaient été préalablement dilatées par le passage d'autres calculs moins volumineux.

M. *Cadet de Gassicourt* est d'avis que la production de l'ictère pendant la crise de colique qui a précédé l'expulsion du gros calcul ne permet pas d'admettre la perforation de la vésicule et le passage direct dans l'intestin.

M. *E. Labbée* demande à M. Bouloumié dans quelle mesure il convient au médecin d'intervenir pendant la crise de colique hépatique?

M. *Bouloumié* croit qu'il faut supprimer rapidement les douleurs pendant les premiers jours, car à ce moment les malades souffrent sans aucun bénéfice puisque la plupart des cholélithes ne sont expulsés que du douzième au dix-huitième jour. A partir du septième ou huitième jour, il est plus sage de se borner à modérer seulement la douleur, sans faire cesser entièrement la crise.

M. *Dujardin-Beaumetz* rappelle que dans ses Leçons de clinique thérapeutique il a combattu l'opinion de Sénac, qui repousse les injections de morphine comme arrêtant les contractions expulsives des voies biliaires. D'ailleurs Sénac est revenu à la pratique des injections sous-cutanées. On peut employer avec avantage une solution de morphine et d'atropine; et Laborde a démontré que, aux doses ordinaires, la morphine ne suspend nullement les contractions utiles des canaux hépatiques: elle supprime seulement la douleur.

M. *C. Paul* est d'avis de faire cesser, dès le début des accès, les vives douleurs au moyen des injections de morphine; on obtient ainsi, dans bien des cas, l'expulsion du calcul dans les quarante-huit heures.

M. *Bouloumié* a vu une malade, soumise aux injections hypodermiques répétées, expulser un grand nombre de petits calculs. Après une amélioration qui dura une année environ, elle revint aux eaux et, pendant une nouvelle crise, calmée également par la morphine, elle rendit encore plusieurs calculs analogues. On voit que l'usage des injections morphinées n'entrave en rien la progression des cholélithes dans les voies biliaires.

M. *Bedoin* rappelle que, souvent, on retire d'excellents effets des inhalations de chloroforme à petite dose pendant les crises très douloureuses de colique hépatique. Il a eu plus d'une fois recours à ce moyen.

M. *E. Labbée* est d'avis que l'on peut administrer avec avantage une solution de chloral; si les malades ont des vomissements, on donnera le chloral en lavement.

M. *Dujardin-Beaumetz* regarde ce procédé comme défectueux, car les malades sous l'influence de la douleur, sont en proie à une agitation trop grande pour conserver le lavement; ils l'expulsent avant qu'il ait pu être absorbé.

M. *C. Paul* indique un bon signe différentiel, tiré de l'attitude du malade, entre la colique hépatique et la colique néphrétique. Le sujet atteint de colique néphrétique s'agite, se livre à des contorsions, se promène; celui qui souffre de colique hépatique s'incurve, se ratatine pour ainsi dire autour de son calcul, en immobilisant autant qu'il le peut la région douloureuse.

M. *Bouloumié* considère cette remarque comme parfaitement exacte; il a observé plus d'une fois ces différences dans l'attitude des malades en proie à une crise.

M. *Cadet de Gassicourt* insiste, contrairement à l'opinion de Sénac, sur *l'inutilité* des douleurs dans la colique hépatique; ce sont les contractions des voies biliaires qui sont utiles, et on ne doit pas les confondre avec la douleur.

Gazette hebdomadaire.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Opérations médicales et chirurgicales. — Faute et imprudence alléguées contre un médecin par le malade. — Demande en dommages-intérêts. — Expertise.

La responsabilité des médecins et des chirurgiens ne peut être engagée par le fait seul qu'ils n'auraient pas suivi de point en point, pour le traitement, les indications données par le malade. Une large initiative doit être laissée à leur sagacité et à leur expérience.

Les médecins et chirurgiens ne peuvent être responsables des douleurs d'une opération ou des accidents consécutifs, qu'autant qu'il est démontré que le traitement par eux ordonné était contraire à la prudence et aux règles de l'art.

M. le docteur X..., réclame à son client le sieur R..., la somme de 300 francs, pour soins médicaux. Le sieur R... refuse de payer la note de son médecin, prétendant que, loin de lui devoir une somme quelconque, il est en droit de lui demander des dommages-intérêts pour faute lourde et imprudence grave dans l'exercice de sa profession. Et, de fait, il lui réclame la somme de 10 000 francs, à titre de réparation du préjudice que ledit docteur lui aurait causé dans les circonstances révélées par le jugement suivant, jugement rendu sur les plaidoiries de Me R..... Ro....., avocat du docteur X..., de Me P... Da..., avocat de M. R..., et les conclusions de M. L....., substitut du procureur de la République :

« Le Tribunal,

« Attendu que le docteur X..., réclame au sieur R..., le paiement d'une somme de 300 francs pour soins et honoraires d'une opération chirurgicale faite le 19 mai 1882 et ayant consisté dans l'ablation d'une partie du prépuce et le traitement de l'affection dite « phimosis » ; Attendu que R.., prétendant que ladite opération aurait été pratiquée sans nécessité et sans son consentement, dans des conditions imprudentes et contraires à l'art chirurgical, eu égard à son âge et à son état de santé, se porte reconventionnellement demandeur, et réclame à X..., la somme de 10 000 fr. à titre de dommages-intérêts; qu'il articule en conséquence et offre de prouver par témoins les faits suivants : 1° Le docteur X..., malgré l'observation qui lui avait été faite de pratiquer un simple débridement, s'est au contraire livré à une opération consistant à enlever le prépuce dans des proportions inusitées et à le détacher complètement; 2° Cette opération était, surtout en présence de l'âge et des antécédents du sieur R..., une opération contraire à toutes les règles et constituant par elle-même une faute des plus graves. A la suite de cette opération, le sieur R..., n'a cessé de se plaindre de douleurs atroces. Il lui est impossible de se livrer à aucun travail suivi. Il a perdu tout sommeil; 4° Une tumeur s'est manifestée bientôt à la partie blessée. Le sieur R..., a été obligé de recourir aux soins de célébrités médicales pour se la faire enlever; 5° L'opération du docteur X..., a eu encore pour conséquence de rendre le sieur R..., complètement impuissant; 6° Cette impuissance, les douleurs ci-dessus, la perte de tout sommeil, la tumeur dont il s'agit ont eu pour cause immédiate et directe l'opération du docteur X...

« Sur le second fait :

« Attendu qu'il convient de recourir d'office à une expertise.

« Sur le premier fait,

« Attendu que, si les médecins et chirurgiens doivent en principe s'abstenir de toute médication ou opération à laquelle le malade aurait refusé de se soumettre, il est non moins certain que leur responsabilité ne peut être engagée par le fait seul qu'ils n'auraient pas suivi de point en point, pour le traitement, les indications données par le malade; qu'une large initiative doit être laissée à la sagacité et à l'expérience du médecin. Attendu que le docteur X... déclare qu'il a pratiqué un simple débridement dans la mesure nécessaire, eu égard à l'état du malade. Que les parties étant à cet égard contraires en fait, il y a lieu d'étendre la mission donnée aux experts à la vérification de la nature de l'opération pratiquée par le docteur X.... Que, du résultat de cette vérification, dépendent en effet la pertinence et l'admissibilité de l'articulation de R... Sur les troisième, quatrième, cinquième et sixième faits : Attendu que les médecins et chirurgiens ne sauraient davantage être responsables des douleurs causées par une opération, ni des accidents consécutifs qu'autant qu'ils auraient été inhabiles et qu'ils auraient traité le malade dans des conditions contraires à la prudence et aux règles de leur art; Que l'expertise qui va être ci-après ordonnée fournira également au tribunal les éléments indispensables pour apprécier si lesdits faits sont concluants et si la preuve en doit être ordonnée ; Qu'il convient en conséquence, de surseoir à statuer sur les conclusions à fin d'enquête jusqu'à l'issue des opérations d'expertise.

« Par ces motifs :

« Avant faire droit, commet MM. Brouardel, Alfred Fournier et Felizet, dispensés du serment, du consentement des parties, lesquels visiteront le sieur R..., et diront : Premièrement. Quelle est la nature de l'opération pratiquée sur lui le 18 mai 1882, par le docteur X... ; Deuxièmement. Si elle a été faite avec dextérité et selon les règles de l'art chirurgical; Troisièmement. Si elle était nécessaire, ou s'il ne suffisait pas, au contraire, de faire une opération plus simple et moins douloureuse pour le malade; Quatrièmement. S'il y avait imprudence ou tout au moins témérité à la pratiquer, eu égard à l'âge du sieur R..., à son état de santé, aux affections générales ou locales, anciennes ou récentes dont il était ou avait

été atteint; Cinquièmement. Si elle a déterminé ou pu déterminer la tumeur à la partie opérée dont l'ablation a été faite le 7 juillet 1884;

« Surseoit à statuer sur la demande d'enquête; réserve les dépens. » (*Le Droit*, 1886).

II

De la responsabilité des pharmaciens.

M. Horteloup a lu à la Société de médecine légale (7 juin) un rapport au nom d'une commission qui avait été nommée à l'effet d'étudier la question posée par M. Yvon sur le cas des pharmaciens qui exécutent une ordonnance contenant des substances toxiques sans être sûrs que le signataire de l'ordonnance a bien qualité pour le faire.

Voici les conclusions de ce rapport:

1° Le pharmacien, étant comme tout autre personne, responsable de ses fautes, doit s'assurer par tous les moyens qui sont en son pouvoir que l'ordonnance renfermant des substances toxiques qu'on lui présente émane réellement d'une personne ayant qualité pour prescrire lesdites substances; lorsque toutes les précautions qui peuvent l'éclairer sur ce point auront été prises, le pharmacien ne saurait encourir aucune responsabilité;

2° En présence des lacunes qui existent dans la législation actuelle, la Société de médecine légale émet le vœu qu'une disposition légale astreigne tout médecin formulant une ordonnance contenant des substances toxiques à apposer sur cette ordonnance un timbre mobile portant son nom, son titre et son adresse; des pénalités seraient encourues par le médecin qui négligerait cette formalité, ainsi que par les personnes qui se serviraient de ces timbres frauduleusement.

(*Ces conclusions ont été adoptées par la Société.*)

III

Les spécialités pharmaceutiques en Belgique.

Réglementation proposée par l'Association générale pharmaceutique belge.

« 1° Les médicaments dits spécialités et les remèdes secrets ne pourront être vendus que pour autant que les flacons, boîtes, pots, etc., qui les renferment, soient revêtus d'une étiquette mentionnant le nom et la qualité de leur préparateur, les diverses substances qu'ils renferment, et les proportions dans lesquelles celles-ci s'y trouvent.

« Il est interdit d'indiquer sur les étiquettes, prospectus, etc., les propriétés médicales de ces spécialités.

« 2° Le pharmacien débitant les spécialités, ayant la responsabilité des produits qu'il débite, devra s'assurer de la qualité de ceux-ci; il remplacera le cachet du fabricant par le sien. Aucune spécialité ne pourra être vendue sans porter la marque de ce contrôle; elle devra être revêtue également de l'étiquette du vendeur.

« 3° Le vendeur et préparateur d'une spécialité qui ne renfermerait pas les quantités des ingrédients mentionnées sur l'étiquette, ou les ingrédients eux-mêmes, ou qui en renfermerait d'autres non mentionnés, sera poursuivi pour tromperie sur la qualité de la chose vendue. » (*Le Scalpel*).

REVUE DES JOURNAUX.

SUR UNE NOUVELLE MÉTHODE DE TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

La pneumonie doit être actuellement considérée comme une maladie infectieuse. Or, il y a deux grandes méthodes de traitement des maladies infectieuses (1).

La première vise le principe morbide lui-même, ou tout au moins ses premiers effets. Elle a pour but de s'opposer à son développement, si faire se peut, et en tout cas d'enrayer sa marche, en affaiblissant son énergie. Elle jugule, ou atténue le processus morbide sans influencer essentiellement le *terrain*. La méthode des saignées coup sur coup, dans la pensée de son auteur, agissait de cette manière, et le tartre stibié doit évidemment déprimer la maladie encore plus que le malade; autrement la réputation dont il ajouiserait incompréhensible. Mais les inconvénients, et même les dangers résultant de l'emploi de ces moyens les ont fait tomber dans le discrédit, de telle sorte qu'à défaut d'un agent à la fois efficace contre le processus morbide et tolérable pour le malade, les praticiens en sont arrivés à ne traiter la pneumonie que par la deuxième méthode.

Celle-ci, plus modeste, renonce à attaquer la maladie elle-même. Elle la laisse poursuivre son cours et son seul objectif est de soutenir les forces du patient. Je ne crois pas être contredit en émettant l'avis que l'alcool, si fort à la mode depuis quelques années, n'a pas d'autre action.

Rester sur la défensive, est-ce là le dernier mot de la pratique, et faut-il renoncer à l'idée de traiter la pneumonie par une offensive plus ou moins vigoureuse? Je ne le pense point et j'estime qu'il est possible de combattre le processus pneumonique d'une manière moins indirecte qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour avec la saignée ou le tartre stibié. On a parfois réussi à enrayer la marche d'un érysipèle par un traitement topique. Pourquoi ne pas essayer d'arrêter celle de la pneumonie par une médication antiseptique portée dans le parenchyme pulmonaire lui-même?

L'innocuité des injections intra-pulmonaires faites avec une solution suffisamment diluée n'est plus contestable. La démonstration a été faite par plusieurs opérateurs (2) en Allemagne, en Amérique, et tout récemment à Paris par M. Gougenheim qui a pleinement confirmé les résultats de M. Truc. Reste à savoir si de telles injections peuvent être utiles dans la pneumonie.

(1) Je ne parle pas de l'*expectation*, qui n'est pas une méthode thérapeutique, mais la négation même de l'art.

(2) Voir l'excellente thèse de M. le docteur Truc (Lyon, 1885), qui a pratiqué dans mon service un grand nombre d'injections intra-parenchymateuses dans les poumons de phthisiques, p. 144.

Depuis un an que j'ai commencé à les essayer, l'expérience a témoigné de plus en plus leur faveur. Aucun de mes malades n'a succombé, bien que je les aie employées dans quelques cas fort graves. Dans la majorité des cas elles ont eu pour résultat d'abréger la durée de la pneumonie, et toujours elles ont paru en modifier la gravité.

Au commencement j'étais naturellement fort timide. Voici comment je procède :

Avec une longue aiguille de Pravaz, je pénètre à travers un espace intercostal à deux ou trois centimètres de profondeur dans le poumon, au niveau de la partie hépatisée, et, adaptant immédiatement la seringue à la canule, de peur que du sang ne s'y coagule j'injecte une certaine quantité de liquide (jusqu'à 20 cent. cubes) à la même place. Puis, retirant un peu l'aiguille et l'inclinant dans une direction convenable, je la fais pénétrer dans une autre portion du poumon hépatisé. Au besoin je la retire tout à fait et l'enfonce à quelque distance dans un autre espace intercostal. Je fais ainsi trois ou quatre injections, distantes de quelques centimètres les unes des autres.

Je crois qu'il est nécessaire de pénétrer à une certaine profondeur dans le poumon ; car, ce que j'ai vu sur le chien me porte à penser qu'une injection dans la cavité pleurale pourrait être suivie d'accidents. D'autre part, je n'ai jamais osé piquer le poumon au voisinage du hile de peur des gros vaisseaux, et, à cet égard, je crois ma prudence suffisamment justifiée.

La quantité de liquide la plus forte que j'aie injectée dans le poumon, en une seule séance, a été 100 centimètres cubes. C'est une quantité énorme qui, je crois, devra être rarement atteinte. Le malade d'ailleurs n'en a pas été incommodé. Bien plus, pendant le cours de l'injection, un point de côté violent dont il souffrait a disparu. J'ai expliqué ce résultat par l'ischémie artificielle que j'ai produite : la masse injectée a dû momentanément produire l'affaissement des vaisseaux. Je dis momentanément, car une demi-heure plus tard le point de côté a reparu et n'a diminué que le lendemain.

La toux est habituellement insignifiante, l'expectoration devient parfois franchement sanglante par le fait du traumatisme. Mais cette hémoptysie, que j'ai toujours vue légère, s'est arrêtée constamment en moins d'une heure.

La douleur est quelquefois notable sans jamais être excessive. C'est là le seul inconvénient de la piqûre du poumon que j'ai eu l'occasion de constater.

J'arrive à la partie la plus épineuse de mon exposition : Quelle solution faut-il injecter ? J'avoue tout de suite qu'à cet égard mon expérience n'est pas suffisamment faite et j'en suis encore à la période de tâtonnement. Le benzoate de soude en solution, même concentrée, m'a paru peu utile ; de même l'iodure de potassium en solution faible ; mais il n'en est pas de même en solution concentrée ; dans ce cas il a amené une défervescence précoce (1). Une solution de bichlorure hydrargyrique au quarante-millième m'a donné plusieurs fois d'excellents résultats. A ce degré une solution de bichlorure n'est pas trop irritante pour le poumon, tandis que, si le titre de la solution est doublé, elle détermine dans le poumon (sain) du chien une hémorrhagie intra-alvéolaire et une inflammation fibrineuse assez étendue, ainsi que je l'ai constaté avec le docteur L. Blanc. Pour ce motif, je n'ai pas osé employer chez l'homme une solution au vingt-millième. A dire vrai, je ne suis pas encore satisfait et j'ai besoin d'expérimenter d'autres solutions, en premier lieu celle d'un sel de quinique, chez le chien. Quand l'innocuité m'en sera démontrée, je les essaierai chez un pneumonique.

En attendant, j'estime qu'il vaut mieux pécher par excès de prudence que par témérité. Les injections intra-pulmonaires ont été jusqu'ici inoffensives, mais un cas malheureux peut se produire, si on s'écarte beaucoup des règles que j'ai formulées. Quant à l'avenir de la méthode, il est prématuré de se demander si la plus grande partie des pneumonies sera justiciable des injections, ou si celles-ci doivent être réservées aux pneumonies graves. J'ai seulement indiqué aujourd'hui la voie dans laquelle je suis entré ; l'expérience m'apprendra jusqu'où je dois la poursuivre.

(*Lyon médical.*) R. LÉPINE.

(1) Voir l'observation publiée dans la *Revue de médecine*, décembre 1885.

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les mauvais procédés et les mauvais confrères.

Nous désirons appeler l'attention de nos lecteurs sur un fait grave signalé dans le dernier compte-rendu du syndicat médical des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Un confrère tombe malade. Il se fait remplacer, pendant le temps de sa maladie, par un médecin auquel il confie ses intérêts et les soins de sa clientèle. Au moment où, ayant recouvré la santé, le confrère, quelque temps empêché, veut reprendre ses occupations journalières, il se trouve évincé par celui en qui il avait mis sa confiance. Dépositaire infidèle, le remplaçant s'approprie la clientèle dont il a eu quelque temps la garde. L'honorable secrétaire du syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle qualifie le fait comme il convient : C'est un abus de confiance, c'est une infamie que nos lois ne sauraient atteindre, mais que réprouvera la conscience révoltée des honnêtes gens.

Malheureusement ce fait n'est pas isolé et il s'est produit bien des fois, à notre connaissance, dans des circonstances plus ou moins analogues.

Un jeune médecin s'installe dans une riche contrée où, grâce à son activité, à son dévouement, à ses talents incontestables et incontestés, il se crée rapidement une brillante situation. Quelque temps

après il se marie, et, à l'occasion de son mariage, il invite un ami d'enfance, un camarade d'études, à venir passer quelques jours près de lui.

L'invitation est acceptée. L'ami, reçu docteur depuis quelques jours, mais n'ayant point encore fait choix d'un poste, passe huit jours dans le nouveau ménage où il est reçu comme un frère. Puis il prend congé de ses hôtes. M. et Mme X. promettent à leur tour d'aller visiter le Dr Y. aussitôt qu'il sera installé, ce qui ne saurait tarder longtemps.

Quelques jours plus tard, X. recevait la visite de Y. — « J'ai fait mon choix, dit ce dernier, et je viens m'installer près de toi. La contrée est riche ; elle me plaît et décidément je m'y fixe. »

— « Pas possible! répond X. stupéfait et n'en pouvant croire ses oreilles.

— « C'est tellement possible que j'ai loué une maison, acheté voiture et cheval et que, dès demain, je prends possession de ma nouvelle demeure. »

Puis après un moment de silence Y. ajouta :

« Après tout tu es seul dans la localité ; un autre peut venir ; autant vaut que je profite de la situation comme le premier venu. Tu me connais, et tu devrais être heureux de m'avoir pour voisin. »

— « Mais c'est infâme ce que tu fais là, répond X. Je t'ai considéré comme un frère : je t'ai convié à prendre part à nos joies et à nos espérances ; tu t'es assis au foyer domestique, tu as été traité comme un membre de la famille. Non ! ce n'est pas possible ; tu n'a pas songé un instant à venir t'établir ici en concurrence avec moi. Bonne pour un, la situation ne vaudrait plus rien si elle était partagée. Tu as voulu simplement me causer un instant d'émotion, n'est-ce pas ? »

— « Je parle très sérieusement. Ma détermination a été bien mûrie ; elle est arrêtée. On est bien ici : j'y reste. » Puis, après un nouveau silence : « Après tout, ajoute Y. quand le soleil se lève, il luit pour tout le monde. »

En effet, le jour même, Y. prenait possession du logement qu'il avait retenu et s'apprêtait à faire concurrence au Dr X...

Le succès ne répondit pas à ses espérances. A quelque temps de là il quittait, pour ne plus y revenir, la localité qu'il avait envahie quelques mois auparavant comme un sauvage conquérant, emportant pour tout bénéfice le mépris des honnêtes gens et les regrets de quelques misérables. Il avait de plus perdu un ami, ce qui est plus grave !

Dans le courant de l'année un de nos plus aimables confrères, le Dr D., désirant se rapprocher de la famille de sa femme, avait fait annoncer qu'il serait disposé à céder sa clientèle à de bonnes conditions. Des pourparlers étaient même engagés avec un jeune médecin, et l'affaire allait être conclue lorsque le Dr D. apprend avec stupéfaction qu'un certain M. X. vient s'installer dans la localité; et par surcroît le nouvel arrivant a loué précisément l'appartement qu'occupait le Dr D.

Dès lors il n'y avait plus à songer à la cession de clientèle à titre onéreux. La situation n'était plus entière. Il y avait à courir les chances d'une concurrence. Les clients allaient certainement se diviser, et l'affaire engagée par le Dr D. ne pouvait plus aboutir. Il en est résulté pour lui un préjudice matériel très sérieux Mais il n'y avait rien à faire. Il était supplanté par un homme déloyal et malhonnête qui s'est lui-même disqualifié, que la loi morale condamne, mais qu'aucune loi écrite ne saurait atteindre.

Un autre exemple que nous trouvons dans nos notes et qui est un comble en son genre.

Il s'agit d'un pharmacien, il est vrai, et je pourrais me dispenser de citer ce fait, mais il vient à l'appui de notre thèse et il légitimera les conclusions que nous aurons à formuler plus tard.

Un jeune homme se présentait, il y a quelques années, devant une faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Ouest et, bien que son incapacité fût notoire, favorisé par le hasard des examens, il obtenait le titre de pharmacien de seconde classe avec faculté d'exercer la pharmacie dans le département de ... Or le nouveau pharmacien que nous désignerons si l'on veut par l'initiale I., qui n'est pas la sienne, ne tenait nullement, paraît-il, à se fixer dans le département qu'il avait dû indiquer à la Faculté. Il avait jeté ses vues sur un département voisin, et, pour s'y établir et être en règle avec la loi qui nous régit encore, il devait subir de nouveaux examens probatoires devant l'Ecole dans le ressort de laquelle il allait se fixer. Mais comme I. avait déjà obtenu un diplôme, il ne se crut point obligé d'attendre que sa situation fût régularisée (elle ne l'est pas encore, le postulant ayant été à plusieurs reprises refusé pour insuffisance), et il se mit en quête... de moyens de *gagner* de l'argent.

Voici ce qu'il imagina :

Dans une localité voisine du domicile de son père, se trouve une pharmacie dont le possesseur M. X., passe pour faire de bonnes affaires. Un second pharmacien, M. N., qui était venu s'y fixer avait, au bout de quelques années, et pour des motifs que nous n'avons pas à rechercher, fermé son officine sans être remplacé dans le poste qu'il avait créé.

Le jeune I. achète le fonds de M. N., et notez bien que ce fonds se trouvait dans un département dans lequel I. n'avait pas le droit de s'installer, aux termes de la loi. — Puis il va trouver M. X., le propriétaire de la pharmacie depuis quelque temps unique. « J'ai acheté, dit-il, le fonds de M. N. et je me propose de devenir votre voisin. Cependant je ne voudrais pas que la chose vous fût désagréable, et, si vous pensez sérieusement qu'il n'y ait pas, dans l'endroit, place pour deux, je vous ferai une proposition d'accommodement. »

— « La preuve qu'il n'y a pas place pour deux, répond M. X., c'est que mon voisin N. a été obligé de fermer son officine. Si vous m'aviez demandé avis plus tôt, vous auriez peut-être agi différemment. C'est une mauvaise affaire et, de plus, une mauvaise action : cela s'appelle une sottise. »

I. se lamente, se tourmente, feint d'être désolé, puis finalement :

« Tenez, dit-il à son collègue, il y a je crois un moyen de tout arranger. J'ai acheté ce fonds et il m'est impossible de me dédire. Si je m'installais près de vous, je vous porterais, je le vois, un grand préjudice. Eh bien ! je m'engage à emporter le fonds loin d'ici. Vous n'aurez plus personne à craindre, mais vous me compterez trois mille francs. »

Après des hésitations et des marchandages, le pauvre pharmacien compta deux mille cinq cents francs au jeune fumiste qui *n'avait pas le droit* de s'installer près de lui et qui attend encore quelque nouvelle occasion et quelque nouvelle dupe.

Comme on faisait remarquer au sieur I. le peu de délicatesse du procédé qu'il avait mis en usage : « Bah! dit-il avec cynisme, tant pis pour le naïf qui s'est laissé prendre. » — Charmants principes et facile morale!

Voilà, n'est-ce pas vrai, des misères bien grandes, bien écœurantes! Nous y reviendrons prochainement et nous verrons quels sont les remèdes qu'il est urgent d'opposer à l'envahissement dont ces calamités nous menacent. A. Barat-Dulaurier.

Syndicat médical des Basses-Cévennes.

Le 12 avril 1886, en la mairie de Saint-Hippolyte-*du-Fort* (Gard), se sont réunis, sous la présidence de de M. le docteur Mazel (d'Anduze), les membres du Syndicat médical des Basses-Cévennes dont les noms suivent : MM. Jacob (de Sauve). — Galtier (de Ganges). — Cornier (de Sumène). — Perrier (de Vallerangue). — Nine (de Ganges). — Auquier (de Sommière). — Demorcy-Delettre (de Sauve). — Cambassédès (du Vigan).

MM. les docteurs Maquet (de Ganges) et Bondes (de Saint-Bauzély) assistent à la séance.

MM. Teissonnière (de Saint-Hippolyte-du-Fort). — Beau (de Sumène). — Angeau (de Ganges). — Bourguet (de Sommière). — Carrière (de Saint-André-de-Valborgne). — Quatrefages (de Saint-Laurent). — Blanc (d'Anduze). — Bentkowski (de Saint-Jean-du Gard), sont empêchés par leurs occupations professionnelles.

La correspondance comprend une lettre de M. le docteur Ouzilhou maintenant sa démission pour des raisons personnelles et se déclarant prêt à etre utile au Syndicat daus toutes les questions relatives au relèvement de la profession.

La réunion manifeste ses regrets d'une pareille détermination et accepte la démission de M. le docteur Ouzilhon.

Le bureau étant irrégulièremeut en fonctions, il est nécessaire de procéder à son renouvellement. Par acclamations, le même bureau est réélu. Sont donc nommés : Président : M. le docteur Mazel; Vice-Président : M. le docteur Demorcy-Delettre; Syndics : MM. les docteurs Carrière et Bourguet; Secrétaire-trésorier : M. le docteur Cambassédès.

M. le docteur Auquier, délégué du Syndicat à l'assemblée générale des membres du Concours, présente son rapport et ses observations qui sont écoutées avec le plus grand intérêt et donnent lieu à différentes explications.

La réunion accueille la demande de l'Union des Syndicats portant à 2 francs la cotisatiou pour chaque membre.

Au sujet de la question de l'Inspectorat des enfants du premier âge, M. le Président rappelle les démarches tentées soit par la Société locale des médecins d'Alais, soit par la Société médicale de Nîmes, unies au bureau du Syndicat des Basses-Cévennes, dans le but d'inviter l'Administration préfectorale à adopter une répartition plus équitable des circonscriptions et à accorder une rémunération plus considérable. — Pour le premier cas, il y a lieu de croire que satisfaction sera donnée dans peu de temps. Pour le second, le Conseil général ne devant s'occuper de l'affaire qu'en août, l'assemblée décide d'écrire, avant cette session, à tous nos confrères, membres du Conseil général, pour qu'ils continuent, comme par le passé, à prendre en mains nos intérêts.

M. le Président demande à l'assemblée de rechercher le moyen pratique d'intéresser nos sénateurs et nos députés en faveur de la révision de la loi sur les Syndicats professionnels. — Après discussion, il est décidé que le bureau écrira à chaque sénateur et député du Gard et que cette lettre revêtira la forme d'une délibération.

Sur l'initiative directe de M. le Président, deux questions sont posées : Le Syndicat est-il d'avis de participer à la création de l'Institut Pasteur et à la souscription ouverte pour l'étude expérimentale de la tuberculose?

M. le Trésorier, appelé à donner l'état de la situation financière, declare avoir en caisse la somme de 361 fr. 70 c. Il reste à recouvrer 132 francs de cotisations et 20 francs d'amendes en retard. L'avoir du Syndicat est donc de 513 fr. 70 c.

M. le docteur Auquier déclare que, sur les 300 fr. à lui alloués pour frais de représentation du Syndicat à l'assemblée générale des membres du Concours, il fait abandon de 100 francs, qu'il serait personnellement heureux de voir employés à seconder les vues de M. le Président.

Par suite de ce don généreux, le Syndicat se trouvant en possession d'une somme de 613 fr. 70 c., somme sur laquelle 461 fr. 70 c. sont en espèces dans la Caisse, M. le Président invite l'assemblée à délibérer sur les deux propositions.

Les deux souscriptions étant admises en principe, après un échange de vues sur le chiffre de la souscription, il est décidé à l'unanimité qu'une somme de 50 francs sera versée pour chacune des deux créations projetées.

La séance est levée; un banquet où règne la plus franche cordialité termine cette réunion.

Le Secrétaire, Dr Cambassédès — *Le Président,* Dr Mazel

NOUVELLES

— Le *Journal officiel* a publié les 32e, 33e, 34e, 35e et 36e listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur; elle s'élèvent ensemble à la somme de 252,701 fr. 35, ce qui donne un total à ce jour de 1 million 18 081 fr. 20.

— Le conseil municipal de Nancy vient de voter la somme de 300 000 fr. qui ajoutée à la subvention de 500 000 fr. offerte par le gouvernement donne un total de 800 000 fr. destinés à la création d'un Institut anatomique et d'un institut chimique.

NÉCROLOGIE

Le Dr Denis Dumont, professeur à l'École de médecine de Caen. — L'éminent professeur de dermatologie et de syphiligraphie de Vienne, Auspitz.

Le Directeur Gérant : A. Cézilly.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14 rue Delambre.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE.

Nos confrères du Rhône ont fait de bonne besogne, ces temps-ci.

L'assemblée générale de l'Association des médecins du Rhône, saisie d'un vœu émis par l'Assemblée générale du 18 mars au sujet de mesures propres à éviter l'introduction ou le maintien parmi les membres de l'Association de médecins homœopathes ou similaires, a donné son adhésion au principe en déclarant qu'il n'était d'ailleurs pas besoin d'introduire d'article nouveau dans son règlement pour expulser les homœopathes, et que, si un membre de l'Association venait dans le cours de sa carrière à introduire dans la pratique professionnelle des procédés homœopathiques ou similaires, il se trouverait par ce seul fait en dehors des conditions exigées pour être admis ou maintenu dans le cadre de cette Association et perdrait par conséquent tout droit aux avantages sociaux.

Quant à la Société de médecine de Lyon, consultée par le maire de cette ville sur les mesures à prendre pour s'opposer à la propagation de la variole, elle a répondu que la déclaration par le médecin des cas de variole dans les localités menacées par cette maladie ne doit pas être considérée comme contraire au devoir professionnel, à condition que la déclaration indiquera seulement le nom de la rue et le numéro de la maison contaminée, mais ne nommera pas le malade.

— Zoéros-Pacha, envoyé par le gouvernement du Sultan pour s'initier aux procédés de la vaccination antirabique, a remis à M. Pasteur une des décorations les plus recherchées de la Turquie. En même temps M. Pasteur recevait de l'Empereur du Brésil l'ordre de la Rose.

— A propos de la rage, disons que les personnes qui se rendront mardi prochain le soir à l'exposition d'hygiène urbaine de la caserne Lobau auront la bonne fortune d'y entendre une conférence faite par M. le professeur Grancher, sur les virus et les vaccins.

MÉDECINE PRATIQUE

La pleurotomie antiseptique faite par le médecin.

Lorsque le professeur Dolbeau fut atteint d'une pleurésie purulente — (ceci nous a été conté par un de nos chefs), l'opportunité de la pleurotomie fut discutée par les collègues qui le soignaient. Il paraît que Nélaton, son maître, n'avait jamais eu l'occasion de pratiquer cette opération sur le vivant, et qu'il aurait même répondu : « C'est une opération qu'on ne propose pas à un chirurgien. » L'opération fut accidentée et émouvante, ce ne fut pas sans trouble que le plus habile chirurgien de l'époque vit battre à un certain moment, sous le tranchant de son bistouri, le cœur d'un collègue qui était aussi son élève et son ami.

Voilà une anecdote assez topique pour caractériser l'état de l'opinion des chirurgiens, il y a moins de quinze ans, sur les indications de la pleurotomie.

Au contraire la pleurotomie est considérée aujourd'hui par presque tous les contemporains comme le vrai traitement curatif de la pleurésie purulente. Il importe donc que la manière de la pratiquer et surtout de soigner ensuite l'opéré devienne familière à tous nos confrères. Si la pleurotomie ne devait être faite que par les chirurgiens, il y aurait impertinence de notre part à insister sur les détails du *Manuel opératoire et des pansements ultérieurs*. Mais nous ne croyons pas que la pleurotomie, sauf dans les cas

péciaux où il sera indiqué de faire une résection costale, doive être réservée aux chirurgiens. Les médecins ne sont pas tous aussi inhabiles de leurs mains que de mauvaises langues voudraient le faire croire, la propreté antiseptique ne leur est pas inconnue, et nous maintenons énergiquement pour eux le droit de guérir seuls une pleurésie purulente qu'ils ont diagnostiquée.

Tous les médecins, m'objectera-t-on, ne sont pas habiles de leurs mains, et il en est qui, manquant de sang-froid, se trouvent tout désorientés si, dans le cours de l'intervention la plus simple, survient un incident imprévu. Cela est vrai ; j'ai entendu évoquer le souvenir d'un médecin éminent, lettré de premier ordre, qui, non content de ses qualités réelles, aspirait à la qualification de *secandi peritus*. Il ne laissait jamais passer une occasion de se rougir chirurgicalement les mains du sang de ses semblables ; mais, comme ses études opératoires ne l'avaient pas préparé à ce rôle et qu'il n'avait point d'habileté naturelle pour compenser cette préparation insuffisante, il lui arriva plus d'une mésaventure préjudiciable à ses malades. Outre qu'il s'en trouvait quelque peu ridiculisé, il en était chaque fois désolé ; car c'était le plus honnête homme du monde. J'accorde que, à lui, il eût fallu rappeler respectueusement certaine moralité du bon La Fontaine :

Ne forçons point notre talent ;
Nous ne ferions rien avec grâce.

Pourtant tous les médecins ne sont pas à ce point inhabiles.

Je concède encore, si l'on veut, que la division du travail est une des formes du progrès et que le porteur de stéthoscope agira courtoisement, dans les grandes villes, en invitant le porteur de bistouri à pleurotomiser son client.

Mais il est des circonstances où le médecin n'a pas de chirurgien dans son voisinage ; il en est d'autres où les ressources pécuniaires du client imposent l'économie ; or, il importe qu'en de pareils cas le médecin, s'il a diagnostiqué une pleurésie purulente, ne se laisse pas détourner de pratiquer l'empyème aussitôt que possible par la crainte d'encourir une trop lourde responsabilité.

M. Dujardin-Beaumetz déclare (1) que l'empyème est une opération médicale comme la trachéotomie. D'autres auteurs ont écrit au contraire que, depuis que la pleurotomie était devenue une opération courante, elle était du ressort de la chirurgie. Pourquoi ?

Est-ce parce qu'elle doit être antiseptique ?... Est-il donc impossible au médecin d'être antiseptique, c'est-à-dire d'une propreté méticuleuse ? — Est-ce parce que l'empyème est devenu plus fréquent ?... Mais, s'il est plus fréquent, les médecins seront plus familiarisés avec lui ?

J'aurais plutôt compris que le médecin reculât devant une intervention qui l'effrayait, alors que l'empyème était rarement pratiqué. Je comprendrais presque qu'il envoyât quérir aujourd'hui un maître chirurgien pour faire une saignée, tant on en fait rarement ; mais qu'auraient dit Broussais et Bouillaud d'un de leurs élèves qui n'aurait pas saigné lui-même ?

(1) Leçons de clinique thérapeutique. T. I.

Supposer résolu le diagnostic d'un épanchement purulent dans la plèvre, c'est sous-entendre presque toujours qu'une ponction aspiratrice a été faite ; car, hormis le cas d'une ulcération de la peau, suivie de la formation d'une fistule pleuro-cutanée, le diagnostic de la pleurésie purulente ne peut guère être posé rigoureusement sans ponction exploratrice. Il n'est pas, en effet, de symptôme pathognomonique : l'œdème de la paroi thoracique, dans lequel on avait eu jadis confiance, n'en mérite qu'une assez restreinte. Notre collègue et ami Barbe, inspiré par M. Dieulafoy, son maître, a montré que l'œdème simple de la paroi thoracique n'est pas pathognomonique de la pleurésie purulente (1), car il s'observe quelquefois dans les pleurésies séro-fibrineuses, où il paraît coïncider avec un épanchement abondant et indique l'urgence de la thoracentèse : l'œdème acuminé, avec tuméfaction fluctuante et réductible par la pression, indique seul la purulence de l'épanchement.

A défaut de signes pathognomoniques, il faut reconnaître que l'existence de certaines pleurésies purulentes s'impose par des signes qui frappent du premier coup l'œil du chirurgien lui-même. « Ce sont, dit M. de Saint-Germain, les frissons vespéraux, l'anorexie, les vomissements, l'hecticité. — De même, ajoute-t-il, que, quand je suis appelé pour un croup, je vois qu'il faut opérer quand je constate un tirage marqué ; quand je trouve les signes que je viens de nommer chez un enfant atteint de pleurésie, je fais sans hésiter l'empyème. » Mais si l'on attendait toujours, pour faire la pleurotomie, que l'hecticité fût confirmée, on ne s'éloignerait guère des habitudes anciennes. Le progrès consistant à faire la pleurotomie le plus tôt possible, le diagnostic repose en définitive sur la ponction, qui doit être faite soit dès qu'un épanchement pleural dépasse la quantité moyenne, suivant les préceptes posés par M. Dieulafoy, soit lorsque, avec les signes d'épanchement même médiocrement abondant, l'état général et les commémoratifs sont de nature à faire soupçonner la purulence de l'épanchement.

Bref, la ponction a révélé un épanchement purulent : il n'est pas indispensable de faire l'empyème *hic et nunc*, parce qu'on a vu des cas où, après l'évacuation d'un épanchement purulent, la plèvre avait spontanément cessé de sécréter du pus. Ces cas sont, il est vrai, exceptionnels ; aussi sera-t-il indiqué faire la pleurotomie le plus tôt possible après qu'une première ponction aura été suivie de la réapparition des signes d'épanchement.

Quelques précautions sont à observer, quand on opère ailleurs qu'à l'hôpital, où un personnel exercé fait tous les préparatifs. Avoir soin de garnir le lit et les parties voisines du parquet d'alèzes et de toile cirée, comme de préparer des cuvettes en quantité suffisante, un seau au besoin ; car on est bien souvent surpris par la quantité inattendue, énorme de pus qui s'échappe d'une plèvre en inondant les alentours du malade. — Les instruments (bistouris, sonde cannelée, pinces hémostatiques, qu'il est indispensable d'avoir sous la main pour le cas exceptionnel d'hé-

(1) De l'œdème de la paroi thoracique dans les pleurésies non purulentes. Th. Paris, 1885.

morrhagie artérielle, ciseaux, les éponges (qui, si on en emploie, seront neuves) auront été passés à l'eau bouillante, et placés jusqu'au moment de l'opération dans une solution antiseptique. — L'aisselle aura été rasée, toute la partie correspondante du thorax savonnée, puis lavée avec la solution antiseptique, et l'opérateur se sera lavé les mains avec cette solution.

La pulvérisation antiseptique (spray) est employée, quand on le peut, pendant tout le cours de l'opération et des pansements, le pulvérisateur ne devant pas être à plus de deux pieds de distance de la plaie. Mais quand les circonstances obligent à s'en passer, il n'y a pas à le regretter trop, puisque certains auteurs le considèrent comme inutile.

Si le malade est très pusillanime, et que sa dyspnée ne soit pas excessive au point de faire craindre une syncope, on peut l'anesthésier : « On cesse de donner du chloroforme dès que la plèvre est découverte, de façon que le malade soit réveillé pour la fin de l'évacuation du pus » (Hache) (1). D'ailleurs, l'opération est si vite faite qu'on pourra le plus souvent se contenter de l'anesthésie locale par application d'un mélange réfrigérant ou la pulvérisation d'éther.

M. Dujardin-Beaumetz, dans une récente conférence de thérapeutique faite à l'hôpital Cochin (2), considère que ces procédés d'anesthésie locale ont l'inconvénient de déterminer des douleurs vives au moment de la réaction et de provoquer des hémorrhagies en nappe, quelquefois fort difficiles à arrêter. Il propose d'utiliser désormais la *cocaïne*, comme il l'a fait dans un cas où l'incision a été par ce moyen absolument indolore. « Avec une solution au cinquantième de chlorydrate de cocaïne, je fais deux injections dans l'espace intercostal que je vais inciser, et sur la ligne tracée au crayon dermographique, ligne que doit suivre mon bistouri, je fais une injection d'une seringue entière aux deux points extrêmes de cette ligne et j'ai soin d'étendre avec le doigt le liquide ainsi injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané. J'attends cinq à six minutes, puis je procède à l'incision des tissus. »

M. Beaumetz rappelle à ce propos qu'en pratiquant une injection de morphine, lorsque l'incision de la plèvre est terminée et que le malade commence à tousser, on peut modérer les quintes si pénibles et si fatigantes qui suivent l'évacuation rapide de l'épanchement.

Si l'on est conduit à pratiquer l'empyème de nécessité au point où le pus vient faire saillie sous la peau amincie, on est dispensé de discuter le *choix de l'espace intercostal*, mais non de pratiquer une contre-ouverture en un point déclive de la plèvre.

Quand on pourra choisir le point où on fera porter son incision, on se rappellera que les auteurs ont proposé successivement tous les espaces, du cinquième au onzième : cinquième ou sixième (J. Guérin), le septième ou le huitième en arrière de la ligne axillaire (Moutard-Martin, Peyrot, Homolle, Robert), huitième ou neuvième (Malgaigne).

« Le point théoriquement le meilleur, dit Wagner, est celui qui répond à la partie la plus déclive du thorax, tant dans la position assise que dans la position couchée. C'est le onzième espace tout près de la colonne vertébrale ; mais, en opérant à ce niveau, on est exposé à pénétrer dans la cavité abdominale, comme cela est même arrivé en opérant dans le septième espace, et le diaphragme peut, par ses mouvements, déranger ou comprimer le drain »... Wagner, en faisant des recherches sur le cadavre, a trouvé qu'en soulevant de quelques pouces le siège du sujet, le point le plus déclive se trouvait, non plus au niveau du onzième espace, mais au niveau du sixième ou du cinquième, *tout contre le bord du grand dorsal*. C'est donc en ce point qu'il conseille de faire l'incision en tenant le malade, aussitôt après l'opération et pendant quelques jours, le siège élevé.

W. Von Muralt croit l'incision latérale plus commode tant au point de vue de l'opération que du pansement consécutif, à la condition que le malade reste constamment couché sur le côté.

« On est généralement d'accord pour conseiller d'attaquer le tiers moyen des espaces intercostaux, parce que, dans cette région, les vaisseaux sont abrités par la gouttière costale... L'opinion qui laisserait le chirurgien libre de choisir son espace, suivant son meilleur jugement, opinion à laquelle je me rattache entièrement, tend maintenant, et fort heureusement à prévaloir » (de Saint-Germain).

« L'espace intercostal une fois choisi, après avoir fait au point où l'on va inciser une nouvelle ponction exploratrice, on incise couche par couche dans la partie inférieure de l'espace ou sur la côte inférieure même, en relevant ensuite la lèvre supérieure de l'incision pour raser le bord supérieur de l'os (Peyrot) ; cette incision doit avoir une longueur de 6 à 7 centimètres ; la plèvre, une fois découverte et reconnue, on la ponctionne, puis on achève de l'ouvrir avec un bistouri boutonné autant que possible, dans une étendue un peu moins considérable que la peau, en ayant soin de précéder et de guider le bistouri avec un doigt introduit dans la plaie, ce qui permet d'éviter toute surprise et toute blessure des organes intrathoraciques plus ou moins déplacés par l'épanchement. L'ouverture de la plèvre doit être un peu plus élevée que celle de la peau, pour éviter l'infiltration du pus » (Hache).

Lorsque l'orifice résultant d'une ponction antérieure n'est pas encore entièrement obturé et laisse suinter quelques gouttes de sérosité purulente qui semblent inviter à pénétrer par ce point, on peut, à l'exemple de M. de Saint-Germain, introduire une sonde cannelée par cet orifice jusque dans la cavité pleurale. Glissant ensuite un bistouri boutonné dans la cannelure de la sonde, on pratique dans l'espace intercostal un débridement de 2 centimètres 1/2 environ de largeur. Alors le doigt indicateur introduit dans la plaie peut, au moyen d'une certaine divulsion, l'élargir assez pour que le flot de pus s'échappe. Cette *divulsion manuelle ou digitale* chasse toute crainte de blessure artérielle ou viscérale ; elle n'est pas praticable, il est vrai, quand les diamètres du doigt et de l'espace sont disproportionnés.

Le pus s'écoule d'abord en bavant ou en jet, d'une façon régulière ; mais il faut être prévenu que, au bout de peu d'instants, le malade va tousser et, à la

(1) *Revue de Chirurgie*, 1884.

(2) *Sur la médication pleurale antiseptique.* (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1885.)

première secousse, le pus est brusquement projeté avec une telle force que l'opérateur est inévitablement inondé de pus, s'il ne s'efface pas rapidement ; s'il s'efface ainsi, il démasque en général un de ses aides sans défiance, qui est sali à sa place ; le mieux est donc de faire écran devant la plaie, aussitôt que le pus sort, avec une grosse éponge.

Il importe d'ailleurs que l'évacuation de la plèvre soit complète, « et il faut la faciliter quand l'écoulement commence à se ralentir, tant en dilatant la plaie qu'en imprimant au malade des mouvement variés. Quand c'est possible, Wagner conseille d'introduire le doigt dans la cavité pleurale pour se rendre compte de l'état de souplesse ou de rigidité de ses parois et de la présence ou de l'absence de fausses membranes » (Hache).

L'opération pratiquée, se pose la question de la conduite à tenir pour tarir au plus tôt la sécrétion de la plèvre et hâter la cicatrisation. Fera-t-on comme autrefois des lavages antiseptiques aussi fréquents que possible, quotidiens ou biquotidiens ? Ne fera-t-on que de rares lavages ? N'en fera-t-on qu'un seul ou même s'en abstiendra-t-on complètement ? Il s'agit de décider quelle est, parmi ces méthodes, celle qui offre le plus d'avantages.

Les lavages réitérés sont passibles des objections suivantes :

« D'une part, les injections, en distendant la cavité pleurale, déchirent incessamment les adhérences qui tendent à se former par accolement des deux feuillets, de sorte que chaque injection nouvelle détruit le travail réparateur qui s'était produit depuis la précédente.

« D'autre part, les injections irritent de plus en plus la plèvre qui suppure davantage, s'épaissit chaque jour et par conséquent éprouve beaucoup plus de difficultés pour revenir à son état normal. » (Le Gouedie) (1).

Enfin, les injections réitérées, telles qu'on les pratiquait jusqu'à ces dernières années, ont à leur passif des accidents graves et même mortels.

« Chaque jour, dit M. Aubouin (2), on fait dans la cavité pleurale une ou plusieurs injections ; le malade supporte ces lavages sans inconvénient. Un mois, six semaines se passent, quelquefois davantage, et c'est même le cas le plus ordinaire. Tout à coup, sans que rien puisse faire prévoir le développement de pareils accidents, le malade qui est assis sur son lit et auquel on fait son lavage accoutumé, tombe à la renverse. Le visage est d'une pâleur mortelle, puis surviennent des *convulsions*, contractures, *véritable épilepsie pleurétique* à laquelle succède quelquefois l'*hémiplégie*..... Dans certains cas, très graves, le malade peut ne pas reprendre connaissance ; à un accès en succède un autre, les contractures persistent et l'on a pu voir l'opisthotonos. La respiration devient pressée, haletante, le pouls petit, fréquent ; au bout d'un temps qui varie de dix à quinze heures, la mort vient terminer la scène. »

Il résulte des observations publiées par MM. Lépine (1), Landouzy (2), E. Weill (3), que « l'irritation pleurale déterminée par les lavages antiseptiques, retentissant sur la moelle et se réfléchissant sur les membres du même côté, peut produire d'abord de la parésie du membre supérieur, de l'atrophie, puis des phénomènes choréiformes, et, du côté du membre inférieur, des désordres qui se rapprochent davantage de l'ataxie ». Malgré la rareté de ces faits, il est bon d'être prévenu de leur existence.

La méthode radicalement contraire à celle des injections fréquentes, l'abstention absolue de tout lavage (*pleurotomie antiseptique sans lavage*), qui a été proposée en dernier lieu (Goschel, Koning), compte déjà quelques succès. (Caussidon, *Alger médical*, 1884. — Moizard, Société clinique, 1885.)

Dans les cas simples où le contenu de la plèvre est du pus absolument fluide, sans odeur putride, sans fausses membranes flottantes, ni débris fibrineux, on pourrait donc, sans trop d'inquiétude, ne faire aucune injection et procéder immédiatement au pansement.

Cependant, « comme un seul lavage ne peut avoir aucun inconvénient et qu'il agit au contraire en complétant l'évacuation de la plèvre, il vaut mieux le pratiquer en n'employant alors, puisque leur action doit être toute mécanique, que des solutions antiseptiques à un titre juste suffisant pour qu'elles ne contiennent pas de germes infectieux (*pleurotomie antiseptique à un seul lavage*).

Mais, si le pus est putride, la plèvre anfractueuse, hérissée de dépôts fibrineux ou pseudo-membraneux, il faut faire une injection modificatrice avec une solution antiseptique forte, et le lavage doit être continué jusqu'à ce que le liquide ressorte absolument clair. — Les solutions doivent toujours être tièdes. — On a employé l'eau bouillie pure ou salée, les solutions d'acide borique de 4 à 10 p. 100, d'acide salicylique, d'acétate d'alumine à 5 p. 100, de chlorure de zinc de 1 à 5 et même 8 p. 100, de résorcine, d'acide phénique. Chez les enfants surtout, mais même aussi chez les adultes, il faut absolument renoncer aux solutions phéniquées qui ont donné lieu à des accidents d'intoxication mortels.

Le lavage terminé, on introduit dans la plaie, soit un drain long de 5 centimètres et gros comme le petit doigt, soit deux drains ou deux sondes molles en caoutchouc rouge assez grosses. Pour les empêcher de tomber dans la cavité pleurale ou de ressortir, on doit les fixer, soit en les traversant avec une longue aiguille fixée de chaque côté avec un fil de soie qui traverse la peau et dont les extrémités sont garnies d'ouate salicylée, soit plutôt en les traversant avec un fil long et résistant dont les deux chefs sont noués solidement autour du cou sur l'épaule opposée. — D'ailleurs, lorsqu'un drain s'est égaré dans la plèvre, il ne faut pas se hâter, comme on l'a fait quelquefois, de pratiquer une contre-ouverture pour aller à sa recherche ; pour l'obliger à ressortir, il suffira le plus souvent de faire une injection assez copieuse

(1) Thèse sur la pleurotomie.

(2) *De l'épilepsie et l'hémiplégie pleurétique*, 1878.

(1) Lépine. Société médicale des hôpitaux, 1875.

(2) Landouzy. *Paralysies dans les maladies aiguës* (Th. d'agrég., 1880).

(3) E. Weill. *Hémichorée pleurétique* (*Rev. de méd.*, 1884).

dans la plèvre et d'engager le malade à tousser fortement, le drain se montrera bientôt près de la plaie et il sera facile de le saisir avec une pince.

Le pansement doit être surtout l'objet des soins les plus minutieux. Ce ne doit pas être seulement un pansement de Lister classique. « Nous insisterons, dit Guinard, sur ce fait qu'il faut, avant de placer les huit feuilles de gaze et le mac-intosh, garnir l'extrémité des drains avec de la gaze roulée en forme d'anneau et recouvrir toute la plaie avec beaucoup de gaze chiffonnée. Lorsque le mac-intosh est bien fixé par-dessus cette masse avec des bandes de gaze, depuis l'aisselle jusqu'au bas du tronc, on recouvre le tout avec de larges plaques d'ouate salicylée (ou de jute carbolique, Hache) qu'on applique le long du tronc avec de la gutta-percha laminée. Nous ne saurions trop recommander l'usage de la gutta-percha laminée, qui rend de grands services pour ces pansements, elle se moule très exactement sur les parties et donne une occlusion absolument parfaite et sûre. »

Les pansements ultérieurs devront tous être exécutés avec les mêmes précautions (c'est là une des conditions les plus indispensables à la réussite) et sous le spray, s'il est possible. Chaque fois, les drains seront retirés, lavés avec soin et raccourcis d'un coup de ciseaux, si la cicatrisation de la plèvre le nécessite.

Quant à la *fréquence des pansements*, les avis diffèrent un peu. « En règle générale, dit Hache, ils doivent être renouvelés dès qu'ils sont traversés ; mais le premier ne doit jamais rester plus de vingt-quatre heures, et le second plus de quarante-huit heures, même s'ils ne présentent pas la moindre tache, pour qu'on puisse s'assurer du fonctionnement régulier du drain qu'il n'est pas rare à cette période de voir obstrué par un flacon fibrineux ; au bout de huit jours, ils peuvent rester quatre à dix jours suivant l'abondance de la sécrétion. » — C'est aussi la règle admise par Guinard.

M. Dumontpallier, qui, dans un cas, ne leva le premier pansement que le septième jour, croit que la rareté des pansements est la condition la plus favorable à la guérison.

Le Couedie, au contraire, pense « qu'on doit renouveler le pansement tous les jours, pendant les huit premiers jours, et tous les deux jours au moins par la suite. »

Si la sécrétion reste encore purulente huit jours après la pleurotomie (Wagner), à plus forte raison si à un moment quelconque le pus se montre putride, il faut faire une nouvelle injection intra-pleurale modificatrice.

Le thermomètre est le meilleur indice des complications qui peuvent survenir, rétention ou altération du pus ; si tout va bien, le malade doit demeurer apyrétique.

Le terme le plus court pour la guérison est de quinze à vingt jours, il n'en est guère ain[illegible] que chez l'enfant. Chez l'adulte, la cicatrisation n'est ordinairement complète qu'entre quatre et six se[illegible]aines.

La guérison sera d'autant plus prompte que l'appétit sera revenu plus tôt ; si les digestions se font bien, il est indiqué de suralimenter le malade (avec de la poudre de viande, des jaunes d'œufs battus dans du lait).

Une des conditions indispensables à la guérison rapide après l'empyème est la possibilité pour la paroi thoracique de revenir au-devant du poumon, de se rétracter par l'affaissement des côtes sous l'action continue de la pression atmosphérique. Il faut, pour que cet affaissement s'opère, *que les côtes soient encore flexibles*, élastiques ; aussi l'empyème guérit-il d'autant plus vite que les sujets sont plus jeunes. Si d'autre part, malgré que les côtes aient encore conservé quelque élasticité, un obstacle intrathoracique s'oppose à leur retrait, la guérison est lente aussi ; un *gros foie* réalise cet obstacle.

Si par conséquent la pleurotomie antiseptique précoce et à un seul lavage est une opération dont on ne saurait dire trop de bien, il faut bien s'attendre à la voir échouer dans certains cas. M. Dujardin-Beaumetz dit à ce propos :

« Lorsqu'on se reporte aux statistiques, on voit, par exemple dans celle fournie par Mlle Kraft, que sur 19 cas de pleurotomie chez l'adulte, dans 12 cas où la pleurotomie a été suivie de lavages répétés, il y a eu 2 morts ; dans les 7 cas traités par un seul lavage, il y a eu 7 guérisons. Aussi cette dame prétend-elle que l'opération de l'empyème par la pleurotomie précoce, complètement antiseptique et à un seul lavage, est une opération si peu grave qu'on peut avoir la prétention de guérir l'empyème presque toujours.

C'est là, je le crains bien, une grande exagération ; l'unique lavage, qui joue le rôle le plus important dans la pleurotomie, amène un résultat qui ne dépend nullement de la méthode employée, il résulte des circonstances inhérentes au malade et toutes les fois que le pus devient odorant, tous les partisans de la pleurotomie antiseptique recommandent de revenir aux lavages répétés de la plèvre avec des liquides antiseptiques, comme nous les pratiquions autrefois. Tout en reconnaissant que la pleurotomie précoce et antiseptique doit être toujours appliquée au début pour s'efforcer d'obtenir la réunion par première intention de l'abcès pleural, ce qui est un immense avantage, il faut bien admettre que, dans un grand nombre de cas, cette réunion ne pourra être obtenue, et qu'il nous faudra en venir aux lavages répétés de la plèvre. »

Un inconvénient dont il faut être prévenu est la possibilité d'une cicatrisation rapide de la plaie et des parties voisines de la plèvre, alors qu'un *clapier* reste formé à une certaine profondeur, dans un espace compris entre des aréoles néomembraneuses. On est tout surpris de voir le malade repris de fièvre vespérale avec quelques frissons, bien que la plaie cutanée soit sur le point d'être envahie par les bourgeons charnus exubérants, et qu'il soit impossible de faire désormais pénétrer le drain. Si dans ce cas on explore dans diverses directions avec un stylet ou mieux une très fine bougie, on arrivera souvent à se faire jour jusqu'au clapier ; un peu de pus ou de sang s'écoule, et, si on laisse encore une sonde en communication avec la profondeur de ce diverticule, la fièvre ne reparaît plus.

Pendant la cicatrisation de la plaie d'empyème, à une époque variable, tantôt précoce, tantôt tardive,

on est parfois assez effrayé de voir se produire, soit spontanément, soit après un lavage, un écoulement de sang très abondant, une *véritable hémorrhagie en nappe*. J'en ai vu personnellement deux exemples, et mon collègue Lepage m'en a cité un. Cette hémorrhagie est sans doute le résultat du tiraillement et de la rupture de néomembranes exceptionnellement vasculaires. — Je l'ai vue se produire à la suite du violentes quintes de toux dont le malade était secoué. C'était un tuberculeux, d'ailleurs *in extremis*. L'écoulement sanguin fut chez lui très abondant ; à diverses reprises, pendant les derniers jours de sa vie, son pansement fut traversé, et, à l'autopsie, on trouva dans sa plèvre un grand nombre de caillots. — D'autres fois, c'est peu de jours après l'opération que l'écoulement sanguin se montre, il est médiocrement abondant, passager, et n'entrave point la guérison. Pour y remédier, on pourrait appliquer un sac de glace sur la paroi thoracique, injecter, je pense, sans inconvénient, une solution contenant du perchlorure de fer, pratiquer des injections hypodermiques d'ergotine, administrer du sulfate de quinine.

A propos du manuel opératoire, nous n'avons pas cité le procédé de Konig, qui conseille de commencer par faire la *résection sous périostée* d'une côte sur une longueur de 2 centimètres environ et d'entrer dans le thorax à travers le périoste et la plèvre : « La résection immédiate d'une ou deux côtes est très facile, n'ajoute rien au traumatisme et paraît jouer un rôle important dans la guérison », dit M. Lucas-Championnière, qui, sans faire de lavages, a pu, grâce à cette résection, guérir en moins de six semaines une pleurésie purulente.

La résection sous-périostée primaire a été conseillée encore par Krämer, Wagner, Arburthurt-Lane, particulièrement chez les enfants, à cause de la brièveté de l'espace intercostal chez eux ; mais il nous semble, comme à M. Le Couedic, que la résection n'a pas, *dans les circonstances ordinaires*, sa raison d'être immédiatement ; il sera temps d'y recourir si, dans la suite, on s'aperçoit que des fausses membranes, des débris d'hydatides ou même des lambeaux sphacélés du poumon, comme cela s'est vu, viennent obstruer les drains et s'opposer à l'écoulement du pus.

D'ailleurs il s'agit là, cette fois, d'une vraie opération chirurgicale, et nous n'avons pas à en parler, puisque nous n'avons eu en vue que la description de l'empyème médical, de la pleurotomie telle que le médecin peut toujours la faire, seul, en toute sécurité de conscience.

Paul Le Gendre.

Académie de médecine (Séance du 15 juin 1885).

Deux élections : un membre correspondant national, le spirituel et savant syphiligraphe de Lyon, M. Diday ; — un associé étranger, M. Michaux (de Louvain).

M. Panas a lu un mémoire sur le *traitement de certaines formes de glaucome sans opération*.

M. C. Monod communique une très curieuse observation d'*ablation du rein* qu'il a pratiquée.

Ces deux sujets d'ordre chirurgical seront analysés par M. Barette. Mais, à titre médical, l'observation de M. Monod mérite notre attention.

L'ablation du rein a été nécessitée par une fistule rénale, et la cause de cette fistule était la rupture d'un de ces kystes qui se forment fréquemment, comme on sait, à la surface des reins atteints de néphrite interstitielle. Ces kystes sont généralement petits et leur présence n'offre qu'un intérêt anatomo-pathologique; toutefois le fait de M. Monod vient nous prouver qu'ils peuvent devenir le point de départ d'une complication.

Le diagnostic d'une lésion aussi rare est presque impossible sur le vivant ; mais M. Monod a pu du moins s'assurer de l'état du filtre rénal en faisant prendre au malade des substances qui s'éliminent vite et facilement par le rein, le salicylate de soude par exemple : or dans le cas de M. Monod le salicylate de soude, dont la présence dans l'urine venue de la vessie était révélée comme d'ordinaire par la coloration violet foncé après l'addition d'une goutte de perchlorure de fer, ne se retrouvait pas dans l'urine qui s'écoulait de la fistule rénale.

M. Monod en a sagement conclu que le rein était trop profondément altéré pour que la néphrectomie simple fût suffisante et qu'il y avait indication formelle d'enlever en totalité l'organe malade.

Cette communication fait grand honneur à la sagacité clinique comme à l'habileté opératoire du sympathique chirurgien de l'hospice d'Ivry.

— M. Brouardel a fait connaître de curieuses applications médico-légales à propos d'un cas de *momification d'un cadavre* que M. Andouard, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes, avait rapporté de la façon suivante :

« La momification des cadavres dans le sable brûlant des déserts et dans les terrains secs et poreux, est depuis longtemps classique. Plusieurs observations ont démontré qu'elle est également réalisable au contact de l'air dans les lieux chauds, par exemple au voisinage d'un fourneau souvent allumé. Mais je ne crois pas qu'on ait constaté sa possibilité à l'air libre, dans les conditions habituelles de températures. On ne saurait, en effet, rattacher à ce cas particulier les momies en caveaux de Toulouse qui, avant d'être exposées à l'action desséchante de l'air, étaient maintenues pendant un an ou deux dans des tombes hermétiquement fermées, ou elles subissaient d'abord la saponification.

Une expertise judiciaire m'a récemment fourni un cas de ce genre. Il s'agit d'une jeune fille qui séjourna pendant plus d'un an dans le lieu où elle avait été massacrée. Au moment de sa découverte, son corps était dans un état de conservation si remarquable que la justice n'hésita pas un instant à supposer l'intervention de la science dans ce fait singulier. Il n'en était rien, comme je m'en suis assuré. Les tissus ne recélaient aucune substance capable d'entraver la putréfaction. Si celle-ci n'a pas eu lieu, cela tient à des causes multiples : profondeur du caveau où était caché le cadavre, vêtements et objets de diverse nature qui le recouvraient, température toujours basse, renouvellement imparfait de l'air, et enfin présence de fourrage ayant fait probablement fonction d'aspirateur de l'humidité.

On peut donc conclure que, toutes les fois qu'un cadavre se trouvera dans des conditions analogues, la

momification pourra avoir lieu à l'air libre et à la température ordinaire. »

M. Andouard a cherché dans l'élévation de la température et la sécheresse excessive l'explication. M. Brouardel appelle l'attention sur un autre élément, qui a été mis en lumière par M. Mégnin à l'occasion du crime de Villemonble, l'action de certains insectes nécrophages.

M. Andouard a envoyé une des jambes du cadavre. Elle est d'une légèreté excessive. Elle pèse 860 grammes. Par comparaison la jambe d'une femme présentant à peu près les mêmes conditions de développement, pesait 2k,350. La jambe momifiée a donc perdu près de 1,500 grammes. La peau de cette dernière est plissée, brunâtre, rigide, sonore comme du carton. Quand on la presse, elle cède un peu en donnant la sensation d'un rembourrage de coton interposé entre elle et les os.

L'incision de cette peau fait voir qu'au-dessous d'elle il n'y a plus ni tissu musculaire, ni vaisseaux ; à la place existe une substance fibrillaire très ténue, sorte de bourre constituant un tissu assez analogue à celui de l'amadou et fortement imprégné d'une substance très fine et très abondante. Ce tissu, lavé et débarrassé autant que possible de la poussière qui l'imprègne, a été examiné au microscope. Il est constitué presque exclusivement par les fibrilles et les lames desséchées du tissu cellulaire et conjonctif, dans lequel on distingue les filets nerveux également desséchés et quelques rares débris de fibres musculaires qui ont échappé aux mandibules des rongeurs microscopiques.

M. Mégnin a examiné la poussière interposée en abondance entre les fibrilles du tissu dont nous venons de parler. Celle-ci était constituée entièrement par les cadavres de myriades d'acariens à tous les âge, par les coques vides de leurs œufs et par leurs déjections. Les premiers acariens qui ont été la souche des générations incalculables qui se sont succédées sur la momie, ont dû être apportés par la paille dont elle était recouverte. Le travail des acariens rongeurs de cadavres était en pleine activité quand on a découvert la momie.

L'examen anatomique prouve donc que l'agent principal de la momification a été l'envahissement du cadavre par des acariens de diverses espèces.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 11 juin).

M. Barrié a présenté les pièces anatomiques d'un malade ayant succombé à une broncho-pneumonie tuberculeuse et chez lequel on a trouvé en outre les lésions d'une endocardite végétante considérable sous forme de productions bourgeonnantes qui, implantées sur les deux valves de la mitrale, obstruaient presque complètement l'orifice. Des embolies parties de ces végétations friables avaient déterminé des infarctus viscéraux secondaires. M. Barrié se demande si ces végétations mitrales sont dues à la maladie spéciale qu'on appelle endocardite végétante et ulcéreuse ou s'il ne s'agit pas d'une endocardite tuberculeuse.

L'examen histologique, qui pourrait seul légitimer cette opinion s'il fait découvrir, dans le tissu des végétations mitrales des bacilles tuberculeux, n'a pas encore été pratiqué.

M. Comby n'accepte pas l'hypothèse de M. Barrié : il s'agit là d'une endocardite ulcéreuse, et il est infiniment probable que le microscope montrera dans les végétations les micrococques spéciaux de cette maladie infectieuse. Il relève d'ailleurs dans les antécédents du malade une particularité que M. Barrié a mentionnée sans y attacher toute l'importance qu'elle mérite, c'est l'existence d'une légère attaque de rhumatisme quinze ans auparavant. La plupart des cas d'endocardite ulcéreuse concernent des individus ayant eu autrefois une endocardite simple, demeurée plus ou moins latente pendant longtemps, mais qui devient un point d'appel pour les microbes spécifiques de l'endocardite ulcéreuse quand ils ont pénétré dans l'économie.

Mal de Bright sans albuminurie.

M. Dieulafoy a cité plusieurs observations d'individus ayant succombé au mal de Bright, chez lesquels l'autopsie a montré les lésions diverses de la néphrite parenchymateuse, mixte ou interstitielle, et dans l'urine desquels, malgré des recherches réitérées, on n'avait pas trouvé d'albumine.

L'albuminurie, dit M. Dieulafoy, ne coexiste donc pas toujours avec la maladie de Bright, de même que pendant une certaine période du mal de Bright, l'albuminurie peut ne pas exister. J'ignore les causes de cette absence d'albumine dans l'urine ; je ne suis pas parvenu encore à les élucider ; j'ai porté principalement mon attention sur le point suivant : Est-il possible de dépister le mal de Bright dans la période, où l'albuminurie fait défaut ?

A cette question on peut répondre, je crois, par l'affirmative, en s'appuyant, d'une part sur la clinique, et d'autre part sur l'expérimentation.

Au point de vue clinique, il existe dans le cours du mal de Bright une série d'*accidents petits* et *grands*, qui par leur groupement peuvent, je crois, servir de base au diagnostic. Parmi les petits accidents, je signalerai d'une façon particulière les *troubles auditifs*, bourdonnements, sifflements, surdité, etc., les *démangeaisons*; les *troubles de l'excrétion urinaire*, le malade est obligé de se lever 5 ou 6 fois dans la nuit pour uriner une quantité relativement minime de liquide : le *doigt mort*, ce dernier phénomène est très fréquent, il consiste dans une sensation particulière de froid qui se produit au niveau d'un ou plusieurs doigts, cette sensation est accompagnée d'une insensibilité complète, et d'une décoloration de l'extrémité qui est pâle, exsangue et quelquefois violacée. Les brightiques présentent en outre une *sensibilité spéciale au froid*, qui se manifeste surtout à la partie interne des cuisses, aux genoux, aux mollets, etc. ; des crampes douloureuses daus les membres surtout la nuit. Si à ces symptômes viennent s'ajouter de la *céphalée*, des *accès d'oppression*, de l'*hypothermie*, des *troubles oculaires*, etc., le médecin pourra, je crois même en l'absence de l'albuminurie, affirmer avec une quasi-certitude l'existence d'une maladie d

Bright. Quant au critérium de ce diagnostic, il devra être recherché, non pas dans l'analyse des urines, mais dans l'insuffisance de la sécrétion urinaire ou, comme l'a dit justement Jaccoud, de la dépuration urinaire.

On sait, en effet, depuis les expériences de Feltz et Ritter et surtout de M. Bouchard, que l'urine est toxique, on connaît exactement le coefficient de toxicité des urines de l'homme sain et de l'homme malade. Partant de ces données, il est facile de comprendre qu'un brightique chez lequel la dépuration urinaire est incomplète, doit s'intoxiquer lui-même et que ses urines doivent avoir une toxicité moins grande que celle d'un homme normal. Chez des sujets qui sont soupçonnés de brightisme, en raison des symptômes énumérés précédemment, il suffira d'injecter une certaine quantité de leurs urines dans les veines d'un lapin pour savoir si ces urines jouissent de leur toxicité normale. Si par exemple au lieu de tuer un lapin à la dose à laquelle l'urine d'un homme bien portant le tue d'ordinaire, elle ne le tue qu'à une dose beaucoup plus élevée, il sera légitime de conclure que le malade a une dépuration urinaire incomplète par suite de l'existence d'un mal de Bright, même s'il n'y a pas d'albuminurie.

— M. Dujardin-Beaumetz présente deux frères, à dix ans d'âge de différence, atteints l'un et l'autre d'atrophie musculaire héréditaire d'un type spécial, dit fémoro-tibial, parceque l'atrophie est localisée sur certains groupes musculaires des membres inférieurs. Tous deux ont une déformation particulière du pied qui consiste en une exagération de la voûte plantaire et en une disposition des orteils en griffes.

M. Chauffard fait observer que ces déformations consistent surtout en pieds-creux et ne peuvent donc être rapprochés du pied tabétique ostéo-arthro-pathique qui est un pied plat avec saillie de la face dorsale et du bord interne du tarse par troubles trophiques des os et des articulations.

M. Gérin-Roze a montré les moulages d'un double pied bot varus équin, survenu chez un individu atteint de paraplégie par mal de Pott et confiné au lit depuis longtemps.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES.

Fracture par arrachement de la branche descendante du pubis.

En octobre dernier, je suis appelé auprès d'un homme qui avait été surpris par un éboulement, dans une carrière. On avait dû le transporter chez lui sur une brouette.

En arrivant, je trouve un individu d'une cinquantaine d'années, robuste et bien portant, qui se plaint de fortes douleurs dans le ventre, dans les reins et le long des cuisses jusqu'aux genoux. Il me raconte qu'au moment de charger une pelletée de terre, une « *mine* », sous laquelle il travaillait s'est éboulée et l'a recouvert jusqu'au niveau de l'ombilic. Sans une brouette qui se trouvait derrière moi, ajoute-t-il, brouette *qui m'a servi de point d'appui*, et m'a empêché de tomber par terre, tout de mon long, j'aurais été enseveli complètement.

Comme lésions, je ne constatais ce jour-là que de très fortes contusions de l'abdomen, des reins et des cuisses. Ces dernières présentaient, la droite surtout dont l'impotence fonctionnelle était complète, un gonflement très prononcé. Malgré les recherches les plus minutieuses, je ne trouvai pas trace de fracture. J'employai donc les moyens antiphlogistiques et résolutifs nécessaires, et j'assurai le blessé et sa famille qu'il n'en serait rien de l'accident, s'il ne survenait des complications du côté de la cavité abdominale.

Or, les fonctions des viscères abdominaux n'ont jamais présenté aucun trouble : le malade urinait bien et allait régulièrement à la selle : pas la moindre sensibilité du ventre, pas de vomissements : en un mot, rien d'anormal.

Le gonflement des cuisses persista durant une quinzaine de jours. A ce moment, la douleur avait déjà disparu et le blessé voyant qu'il remuait bien les jambes, essaya de se lever. Mais aussitôt, il ressentit une douleur très vive dans la partie inférieure de la région inguinale droite, au niveau de la racine de la cuisse. Ce fut, dit-il, une *sensation de piqûre, comme si un os voulait sortir par la peau*. La marche cependant était possible à l'aide d'une canne, quoique fort pénible ; seulement impossibilité absolue d'avancer et et de ramener en avant le membre inférieur droit : celui-ci restait toujours à égale distance à peu près en arrière du gauche.

On m'appelle et je trouve à la région qu'il m'indique comme siège de la douleur, et pour ainsi dire, sous la peau, un corps triangulaire, à sommet situé en bas et en dedans, corps mince, flexible et très mobile, fixé seulement à sa partie supérieure, par conséquent, par sa base. Cette base semble être la symphyse pubienne.

Je pense immédiatement à un éclatement de la branche descendante du pubis. Le corps que je sens sous la main est, pour moi, une lamelle osseuse détachée, pour une cause ou une autre, de l'os pubien et fixée encore et seulement à la symphyse pubienne.

Je fis voir mon blessé à deux confrères, de mes amis, qui partagèrent complètement ma manière de voir. Il s'agissait d'instituer maintenant le traitement qui devait nécessairement être tout chirurgical. Je proposai la résection du fragment qui fut résolue, de concert avec ces messieurs. Mais au dernier moment, le blessé refusa de se soumettre à l'opération. Depuis je l'ai perdu de vue.

L'intérêt de cette observation, il me semble, n'est pas seulement le cas en lui-même, mais le mode d'après lequel la fracture s'est produite. A mon avis, c'est un exemple de *fracture par arrachement, à la suite d'une contraction musculaire violente*. Et voici comment j'explique le mécanisme : au moment où le blessé tombe, pris sous la masse de terre qui va l'ensevelir, il sent derrière lui un corps résistant qui n'est autre que la brouette dont il parle plus haut. Instinctivement, pour échapper au danger, il utilise cette résistance comme point d'appui pour se retirer de dessous la mine. A ce moment, il se produit chez

lui une violente contraction des adducteurs de la cuisse, contraction qui, je n'en doute pas, est la cause efficiente de l'arrachement osseux en question.

Coutances-aux-Forges, mars 1886.

Dr Weiss.

Réflexions.

Le fait qu'on vient de lire est des plus intéressants et des plus rares. Le mécanisme, comme le pense notre excellent confrère, est bien l'arrachement d'une portion de la branche descendante du pubis, par une violente contraction des adducteurs. Je crois qu'il est intéressant de rapprocher de cette observation un autre fait très analogue sur lequel je suis tombé presque par hasard ces temps derniers. Il est du à Cappellati (de Trieste) (1) et rapporté dans le traité des fractures et des luxations de Hamilton. Un homme de 54 ans sauta d'une voiture et tomba à terre, un des membres inférieurs étant dans une forte abduction. Gonflement énorme de la cuisse, douleur très vive. Six mois après, Cappellati vit le blessé et il constata qu'au dessous de la branche descendante du pubis et ascendante de l'ischion, existait un fragment osseux de six centimètres de long et du volume du doigt. Cette portion manquait d'ailleurs au squelette du bassin, comme on pouvait le constater par la palpation. Le blessé pouvait marcher, mais avec peine et en boitant. L'usage du membre paraît s'être rétabli à la longue sans traitement spécial; probablement il en a été de même chez le malade de notre confrère.

Dr Barette.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Très honoré confrère.

Depuis longtemps je voulais vous écrire au sujet des questions professionnelles traitées dans votre journal; j'y suis contraint aujourd'hui par un concours de circonstances où clients, juges et experts jouent leur rôle habituel à l'égard de la profession médicale.

En veillant des typhiques dans la période aiguë de la maladie, j'ai contracté le germe de l'affection. Quoiqu'en pense et dise le public ingrat, la chose est possible ainsi que le prouve la mort récente du confrère de Villepreux, après tant d'autres. De plus j'ai fourni les remèdes pour le traitement des 4 membres de la famille en cause, le chef d'icelle trouvant plus commode de venir prendre à crédit chez moi que d'aller, à la ville voisine, comme il l'avait fait deux fois au début du traitement.

Tout le monde étant bien et rapidement guéri, j'établis ma note sur demande et le bureau de bienfaisance fut mis à contribution. Il donna 100 francs sur 550 francs portés sur ma note. Mon client a empoché le secours et m'a octroyé 120 francs en deux fois; puis il a proclamé *urbi et orbi*, qu'il m'avait assez donné et qu'il ne me donnerait plus, rien quoique je fisse.

J'ai attendu pendant trois ans environ; après quoi, fatigué de ses indécentes bravades, je l'ai attaqué judiciairement.

Au début de l'instance, il ne sut pas ou n'osa pas invoquer la prescription en raison de sa réponse à une demande de solde définitive. Avis à MM. les Conseillers d'Etat qui viennent de rejeter les deux pétitions médico-professionnelles signalées dans notre dernier numéro 21. Entre nous, le corps médical n'a que ce qu'il mérite; s'il montrait un peu plus d'énergie, on le respecterait réellement.

Cité en conciliation, mon client trouva ma note trop élevée et accepta l'expertise proposée par le juge. M. le Dr C., aujourd'hui député, fut agréé pour la partie médicale et un pharmacien spécialiste de la ville voisine pour la partie pharmaceutique. Ce dernier traîna l'expertise en longueur, dauba sur les spécialités différentes de la sienne, écrivit deux ou trois fois au client *sans faire aucune communication verbale ou écrite au médecin* et enfin se laissa dessaisir de son mandat, grâce à mes demandes réitérées auprès du juge. Ce dernier convoqua de nouveau les parties et nomma un des deux pharmaciens qui m'avaient promis de vaquer à la dite expertise, à la condition qu'il ne serait pas appelé à comparaître comme expert et de délaisser son officine pendant 3/4 de journée. En outre je lui simplifiai la besogne qu'il put accomplir dans une heure.

La double vérification médicale et pharmaceutique fit monter à 507 francs la somme de mes honoraires.

Alors mon client produisit la note que je lui avais délivrée 3 ans auparavant, pour appuyer sa demande de secours au bureau de bienfaisance. Il l'eût tenue secrète si l'expertise lui eût été favorable. C'était sa manière de me témoigner sa reconnaissance.

Ebahissement du juge et refus de ma part d'accepter cette combinaison grossièrement machiavélique. Cependant le juge parut ou fit semblant d'être ébranlé; mais en somme il se réfugia derrière son incompétence pour prononcer un jugement de non conciliation, le défendeur n'ayant offert en définitive qu'un versement mensuel de 5 francs, *lorsqu'il le pourrait.*

Mieux encore : dans ledit jugement l'expertise fut complètement passée sous silence. Cinq ou six lignes banales, établissant la non conciliation, le constituaient.

Le mandataire, qui devait poursuivre le procès en première instance, s'efforça d'obtenir une transaction et crut avoir réussi. Pendant 3 mois le défendeur promit de verser 10 francs par mois, pour se libérer, en demandant toujours un sursis; mais après ce trimestre il ne donna plus signe de vie. Il s'était mis à « *l'ordonnance* » sans doute et pensait échapper à la saisie éventuelle forcée.

Sur ces entrefaites le juge, qui avait reçu avis de l'arrangement, meurt !... Son suppléant, appelé quelques mois après, par une nouvelle instance, à faire opérer le versement promis, renvoie à huitaine pou

(1) Cappellati. — Giornale per servire al Progressi della Pathologie e della Terapeutica 1847.

la production des témoignages, le défendeur niant avoir rien promis. Or à cette deuxième comparution il refuse d'entendre les témoins malgré le consentement du défendeur. Alors, après une courte explication et devant la prétention du juge intérimaire (et maire du chef-lieu par-dessus le marché) de vouloir prononcer *hic et nunc* un jugement *d'incompétence*, je déclare faire *défaut* et quitte immédiatement l'audience. Il paraît que le jugement d'incompétence n'en fut pas moins prononcé en mon absence !!!

Si je trouve quatre témoins *sûrs*, je me propose de prendre le juge à partie et de lui demander :

1° Pourquoi il se récuse pour une somme de 80 francs portée sur la citation, sous prétexte qu'elle fait partie d'une somme supérieure à sa compétence, *laquelle somme n'est plus en cause*.

2° Pourquoi il n'a pas prononcé son jugement à la première audience et ne s'est pas opposé à mon offre de production de témoignages !

3° Pourquoi entre les deux audiences il ne m'a pas avisé de faire cesser toutes démarches pour appuyer une demande, qu'il avait discutée avec moi et par conséquent admise? Dans l'espèce le déplacement des témoins était coûteux et difficile à obtenir.

Je voudrais bien connaître l'opinion du conseil judiciaire du *Concours médical* sur toute cette affaire, narrée tout au long pour l'édification générale. Avec un réseau complet de Syndicats médicaux on ne verrait pas surgir de pareilles... anomalies. Mais je crains bien que le fonctionnement légal de ces derniers ne soit indéfiniment ajourné pour la tranquillité des béguines, de quelques oints, des sorciers, rebouteux, en un mot de tous les parasites du corps médical. Les juges et les conseillers d'Etat s'en gausseront et feront toujours appel au dévouement professionnel légendaire. — Ah ! chers confrères, dans notre civilisation la bonté poussée trop loin prend un autre nom. Veuillez y réfléchir !...

Veuillez agréer, etc...

Castanet (Haute-Garonne).

Dr PELONS.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Poudres à priser contre le coryza. (Rabow.)

R. 1° Café torréfié. . . } ãã 5 grammes.
Sucre. . . . . }
Menthol . . . . 0 gr. 2.

F. S. A. Une poudre à priser.

2° Café torréfié. . . } ãã 5 grammes.
Sucre. . . . . }
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 1.

F. S. A.

(*Revue Intern. des Sc. médic. Index médical*).

Potion emménogogue.

Conseillée par M. V. Poulet (de Plancher-les-Mines).

Acide oxalique. . . . . 2 grammes
Eau tiède. . . . . 200 —
Sirop d'écorces d'oranges amères. 60 —

A prendre par cuillerées à bouche d'heure en heure.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Passé et présent. — Les Syndicats médicaux et l'Association générale à l'occasion de la réunion des 2 et 3 mai 1886.

Les lecteurs du *Concours médical* ont vu, dans le numéro 21 de ce journal, un extrait important du discours prononcé par M. Foville à la réunion de l'Association générale du 2 mai dernier. Ils ont pu juger des progrès accomplis, pendant ces dernières années, par l'idée syndicale, dans l'esprit du public médical. A peine si on osait, il y a quatre ans, prononcer le nom de syndicat, et si, d'aventure, on se hasardait à faire allusion à ce mode d'association, on courait risque d'exciter l'indignation — ou du moins la pitié, — de presque tous les confrères dont la situation scientifique était un peu en évidence. Les syndicats étaient regardés, dans un certain milieu, comme des institutions dangereuses pour l'avenir de la profession et, de plus, on était volontiers disposé à les considérer comme le refuge des mécontents et des déclassés de la profession.

Les temps sont bien changés ! Et le langage tenu par l'honorable Secrétaire général, M. le docteur Foville, diffère du tout-au-tout de celui que tenait à la même place, il y a quelques années, son prédécesseur, l'honorable M. Martineau. M. Foville, il est vrai, nous avait permis, dans ses précédents rapports, de pressentir, à l'égard des institutions nouvelles, des dispositions bienveillantes. Mieux renseigné, il nous avait toujours paru apprécier plus sainement la situation, et, pour mériter ses sympathies, il nous avait semblé que les Syndicats n'avaient qu'à être *sages*, c'est-à-dire à se maintenir dans les limites que leurs initiateurs avaient eu l'intention de leur assigner. Ils n'avaient qu'à rester des œuvres de moralisation et de défense professionnelle.

Était-il bien possible qu'il en fût autrement? Nous ne l'avons jamais pensé, et le temps nous a donné entièrement raison. Que quelques écarts se soient produits au sein de telle ou telle société; que des confrères aient, quelques instants, songé à leur demander ce qu'ils n'avaient pas promis et qu'ils ne pouvaient promettre; qu'on ait même parfois, mais assurément sans le vouloir, réussi à en faire une arme dangereuse, à quoi bon le contester ? Mais nous voulons en même temps constater que ces imprudences ont été extrêmement rares; elles se renouvellent de moins en moins souvent et, si on en a rencontré encore parfois quelques-unes dans ces dernières années, on peut les considérer comme des écarts de jeunesse que l'avenir corrige et fait oublier. Bien que plus âgées de beaucoup, un certain nombre de sociétés locales n'ont-elles pas donné, encore

spectacle de faits regrettables qui se sont passés dans leur sein ?

Mais à quoi bon insister ? La perfection n'étant pas de ce monde, nous ne devons pas plus l'exiger des institutions que des individus qui les ont fondées ou qui les gouvernent. Ce que nous pouvons, ce que nous devons faire, c'est travailler sans cesse à améliorer ces institutions et à les ramener vers la perfection irréprochable et idéale; c'est aussi leur faire produire tous les bons résultats que leur essence même nous permet d'espérer.

A ce point de vue, l'Association générale a été bien inspirée en soumettant à la signature des délégués une pétition réclamant aux pouvoirs publics d'étendre aux professions libérales les bénéfices de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats, bénéfices que, contrairement à toutes les prévisions, la chambre criminelle de la cour de cassation a refusé d'accorder aux médecins en particulier ; s'il eût existé entre l'Association générale et les Syndicats un dissentiment quelconque, nous n'hésitons pas à dire que, à la suite de la démarche faite le 5 mai, il ne saurait y avoir aucun doute : tout devrait être oublié. Les Syndicats, envisagés enfin sous leur véritable aspect, ne doivent, ainsi que nous l'avons dit souvent, être considérés que comme l'Association militante, comme des pionniers sondant et préparant le terrain sur lequel se développeront des institutions d'une utilité incontestable et dont les germes épars ne demandent, pour naître, qu'un sol favorable.

Et ce n'est pas seulement le compte-rendu si équitable de notre honorable confrère, M. Foville, qui nous permet de bien inaugurer de l'avenir. La bonne harmonie qui existe entre l'Association et les Syndicats, les bienfaits et l'utilité de ces derniers sont également mis en évidence dans le rapport de M. le Dr de Ranse sur le vœu relatif à la création d'un *ordre des médecins*. Partout dans son important travail, notre honorable confrère considère les Syndicats comme les auxiliaires très utiles de l'Association. Pouvons-nous espérer que bientôt ils seront regardés comme en étant le complément nécessaire et indispensable ? Nous le croyons fermement et nous avons la conviction qu'à ce sujet l'avenir nous donnera encore raison.

« Les exigences de la vie, dit M. de Ranse, sont devenues plus grandes et plus pressantes, la lutte plus vive, et, dans ce conflit de chaque instant entre tant d'intérêts opposés, chaque profession cherche « à se protéger et à se défendre. » Puis il ajoute : « l'impuissance de l'*Association générale* et des *Syndicats médicaux* à sauvegarder les intérêts moraux et matériels de la profession, n'est rien moins que démontrée. » Puis, après avoir fait ressortir en particulier la part prise par l'Association dans la protection de ses membres et l'insuffisance dont elle est frappée relativement à la défense des intérêts professionnels, notre confrère continue ainsi : « Quoi qu'il en soit, les *Syndicats médicaux* sont venus combler cette lacune et, avec leur concours, les sociétés locales peuvent dès à présent remplir le programme que MM. Surmay et Mougeot attribuent aux Chambres médicales. »

Quelle est en effet la combinaison définitive à laquelle s'est arrêtée M. Mougeot ? Voici ce qu'en dit M. de Ranse : « Dans chaque département un conseil de discipline et un Tribunal supérieur servant de cour d'appel et composé comme il a été dit plus haut... La radiation est nominale, non effective, c'est-à-dire qu'elle n'entraîne pas l'interdiction d'exercer. Le médecin frappé de cette peine cesse de faire partie de l'Ordre, c'est-à-dire du *Corps médical* : tout lien de solidarité est rompu avec lui ; mais si le public veut s'adresser à lui, il en est libre, et le médecin *continue d'exercer légalement.* »

Qu'on décide que tout médecin devra faire partie de l'Association et du Syndicat de sa région, et le régime rêvé par M. Mougeot sera établi. Pour s'en convaincre on n'a qu'à lire les statuts d'un syndicat et ceux de l'Association. Espérons que M. Mougeot se rangera à cet avis et qu'il brûlera de nouveau, en faveur des Syndicats, des feux qui le dévoraient autrefois ; car il faut bien rendre justice à M. Mougeot, bien longtemps avant M. Margueritte, il avait — (qui le croirait aujourd'hui ?) — créé dans l'Aube un syndicat médical. Dans tous les cas, ainsi que le fait observer le rapporteur, les avantages du système actuel de M. Mougeot ne paraissent pas assez grands « pour organiser, à côté des *Sociétés locales et des Syndicats*, un troisième mode d'association. » Nous ajouterons que l'efficacité de cette organisation nous paraît plus que douteuse.

Pour M. de Ranse, comme pour nous, le mal dont est atteinte notre profession provient de deux causes dont l'une entraîne souvent l'autre à sa suite, ce sont L'ISOLEMENT ET LA MISÈRE ! Et à ces deux causes il convient d'appliquer le même remède : l'Association sous toutes ses formes. « Et quand je parle ici d'Associations, dit l'honorable rapporteur, je n'entends nullement les limiter à celles qui sont affiliées à l'Association générale ; je donne à ce mot l'extension la plus large, et comprends au même titre les Associations scientifiques et les Associations professionnelles, quel que soit le nom des unes ou des autres : *Sociétés médicales*, SYNDICATS MÉDICAUX, CAISSE DE PENSIONS DE RETRAITE, *Sociétés de Déontologie...* »

Et comme l'isolement n'est pas toujours volontaire, mais parfois entraîné, comme conséquence, par les procédés dont on pourrait s'être rendu coupable à l'égard des confrères voisins, M. de Ranse, au nom de l'Association, émet le vœu que « par un enseignement spécial, le jeune praticien, au sortir de l'Ecole, connaisse ses droits et ses devoirs professionnels. » Puis il ajoute : « à défaut de cet enseignement (de la déontologie), elle prend elle-même, par l'organe de la Société de la Gironde, l'initiative d'élaborer un code de déontologie médicale » (1).

Nous espérons que la réunion de l'Association générale ne sera pas sans fruits pour les syndicats médicaux.

Nous espérons que devant le désir légitime exprimé par la grande majorité du corps médical ou de ses

(1) On nous permettra de rappeler que c'est nous qui avons pris cette initiative au *sein du Syndicat médical de la Gironde* et que l'Association locale a bien voulu s'y associer en nommant une commission qui, jointe à celle du syndicat, est chargée d'élaborer cet important travail qui sera bientôt rendu public.

représentants autorisés, les chambres voudront bien donner, à la loi du 21 mars, toute l'extension que les premiers législateurs avaient certainement voulu lui attribuer. Nous espérons enfin qu'en présence de l'harmonie parfaite qui règne entre l'Association générale et les Syndicats, bien des hésitations vont disparaître et que de nouvelles adhésions nous viendront de toutes parts; et, pour terminer, nous citerons encore M. de Ranse et nous dirons avec lui :

« Associons-nous donc pour poursuivre en commun « des recherches scientifiques et enrichir la pratique « de conquêtes nouvelles;

« Associons-nous pour prévoir les jours d'épreuve « et assurer à notre vieillesse la tranquillité des der- « niers jours;

« ASSOCIONS-NOUS POUR FAIRE RESPECTER NOS DROITS « ET NOS INTÉRÊTS MENACÉS. »

BARAT-DULAURIER.

NOUVELLES

Réouverture des Cours à l'École supérieure de Pharmacie.

La réouverture des cours et des travaux pratiques s'est faite dans le plus grand ordre à l'Ecole de Pharmacie. La cause permanente des désordres a disparu, puisque M. Chatin a pris un congé. M. Chatin est remplacé non seulement comme professeur par un agrégé, mais encore comme directeur par son assesseur.

D'autre part, la commission d'enquête, chargée d'examiner les griefs relevés contre M. Chatin, a déposé le rapport suivant :

La commission d'enquête chargée par M. le ministre de l'Instruction publique d'examiner « les allégations qui intéressent la dignité de M. Chatin et celle du corps auquel il appartient » s'est réunie le lundi 31 mai et a clos ses opérations le mardi 8 juin. Elle a tenu six séances. Une seule allégation de l'ordre de celles qui lui étaient déférées a été produite. Elle est relative à la participation de M. Chatin à l'administration des caux de Vals. La commission a recueilli les documents, reçu ou provoqué les témoignages qui pouvaient l'éclairer. Ces documents et ces témoignages forment un dossier de vingt-quatre pièces. De ce dossier il résulte que M. Chatin a été et est encore membre du comité scientifique des eaux de Vals. Mais le concours prêté à ces sortes de comités n'a jamais été considéré comme répréhensible, lorsque le caractère en est exclusivement scientifique; et la commission déclare en ce qui touche la participation de M. Chatin aux travaux du comité scientifique des eaux de Vals, qu'aucune imputation n'a été établie qui puisse entacher son honorabilité personnelle.

Ont signé : BERTHELOT, BÉCLARD, GRÉARD.

Circulaire relative à l'organisation des Facultés.

Application de l'article 45 du décret du 28 décembre 1885 relatif aux étudiants. Monsieur le recteur, l'article 45 du décret du 28 décembre 1885 dispose que « des règlements spéciaux détermineront les nouvelles facilités d'études qui doivent être assurées aux étudiants en vertu du présent décret. » D'une manière générale, le Conseil supérieur de l'Instruction a pensé qu'en constituant en France des corps analogues aux Universités étrangères, il ne fallait pas songer seulement aux maîtres, mais aussi aux étudiants. Il appartient aux Facultés et à leurs conseils généraux de se préoccuper de cette importante question; elle est de celles qui intéressent le plus l'avenir de notre enseignement supérieur. Je vous prie de la leur soumettre et de leur demander quelles seraient, à leur sens, les mesures les plus propres à réaliser les intentions du Conseil supérieur.

Parmi ces mesures, les unes pourront avoir un caractère général; elles devront être l'objet de règlements délibérés en Conseil supérieur; elles seront de la part des Facultés et des conseils généraux l'objet de vœux qui me seront transmis; d'autres, au contraire, auront un caractère local et pourront varier d'un groupe de Facultés à un autre; elles seront de la part des Facultés et des conseils généraux l'objet non plus de vœux, mais de délibérations proprement dites, lesquelles seront exécutées après avoir reçu mon approbation.

Dans cette matière je tiens à ne rien prescrire; j'attends tout de l'initiative de l'enseignement supérieur : c'est à lui qu'il appartient de proposer ou de décider, suivant les cas, ce qu'il convient de faire. Je m'en remets avec confiance à son expérience, à son esprit de progrès, à son zèle pour le bien public.

Je me borne à énumérer ici un certain nombre de questions particulières sur lesquelles il me semble que l'attention des Facultés et des conseils généraux pourra se porter : 1° Groupement et coordination des enseignements des diverses Facultés d'après leurs affinités scientifiques; 2° Facilités à donner aux étudiants pour leur permettre de suivre les enseignements d'un même groupe; 3° Équivalence entre certains cours de la Faculté de droit et de la Faculté des lettres, entre certains cours de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences; 4° Directions d'études; 5° Différences à établir, dans les Facultés des lettres et les Facultés des sciences, dans le régime scolaire des étudiants libres et de ceux qui se destinent au professorat; 6° Création de certificats d'études délivrés par les Facultés; 7° Organisation du travail des étudiants dans l'intérieur des Facultés, en dehors des heures des cours, salles d'études, bibliothèques universitaires, travaux pratiques d'enseignement, travaux pratiques de recherches; 8° Facilités à donner aux étudiants pour leur permettre de faire successivement leurs études dans plusieurs centres universitaires et d'accomplir une partie de leur scolarité dans les Facultés de l'étranger; 9° Associations d'étudiants, sociétés de tir, sociétés de gymnastique, exercices militaires, sociétés musicales, patronage des professeurs; 10° Fêtes universitaires.

Vous voudrez bien me tenir exactement au courant de ce qui sera fait ou proposé sur ces différents sujets dans votre Académie.

Recevez, Monsieur le Recteur, etc.

Le Ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des cultes, RENÉ GOBLET.

Les conférences ci-après seront faites à l'Exposition d'hygiène urbaine, caserne Lobau, derrière l'Hôtel-de-Ville, à huit heures un quart du soir :

Samedi 19. — M. le docteur Bertillon : Les mouvements de la population parisienne.

Mardi 22. — M. le docteur Grancher : Les découvertes microbiennes, virus et vaccins.

Jeudi 24. — M. A. Durand-Claye, ingénieur en chef des ponts et chaussées : L'assainissement municipal.

Samedi 26. — M. le docteur Rochard : L'hygiène des villes dans les temps passés, présents et futurs.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer la mort de quatre membres du *Concours médical*.

Le docteur Petit, de Dijon.

Le docteur Antoine Luciani, de Moca-Croce (Corse).

Le docteur Gilbert Deval, de Pontanmur (Puy-de-Dôme).

Le docteur Sarry, de Paris.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. LECLERC, 14, rue Delambre.

Huitième année — N° 26 — 26 Juin 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE.

Conférence de M. le professeur Grancher sur la prophylaxie de la rage après morsure.

L'évènement de la Semaine est cette conférence, qui avait attiré à *l'Exposition d'hygiène urbaine* un public nombreux et choisi, composé en grande partie de médecins et de savants, et qui ne peut manquer d'avoir un grand retentissement.

M. Grancher a exposé d'abord la filiation des communications par lesquelles M. Pasteur a fait connaître au monde scientifique les étapes de sa découverte.

Dans sa première note à l'Académie du 14 janvier 1881, M. Pasteur parle seulement d'une maladie nouvelle communiquée au lapin par inoculation de la salive d'un enfant mort de la rage. Avec la prudence qui le guide dans toutes ses recherches il ne s'aventure pas à conclure que cette maladie est la rage; aussi est-il à l'aise pour reconnaître plus tard que cette maladie est une septicémie spéciale.

Le 30 mai 1881 il annonce que la matière du bulbe, du cerveau, de la moelle allongée d'un animal enragé introduite par inoculation sous cutanée donne quelquefois la rage.

Le 11 décembre 1882, il prouve que, lorsqu'on transporte directement dans l'encéphale par trépanation la matière nerveuse cérébrale ou bulbaire d'un ani-

FEUILLETON

Le fruit défendu.

J'avais, à cette époque, dans ma clientèle, un jeune ménage assez bizarrement apparié. Le mari, un grand sec, dégingandé, malingre, le teint jaune, toujours inquiet de sa santé, me faisait appeler pour les moindres misères. Au demeurant un peu hypocondriaque peut-être, mais point malade, mal bâti seulement et surtout mal assorti à la compagne qu'il s'était choisie ou qu'on lui avait donnée.

Celle-ci était une femme de 25 ans environ, aux hanches larges, aux épaules puissantes et dont les formes opulentes et fermes révélaient assez la vigoureuse vitalité. Point jolie, d'ailleurs, mais piquante, les cheveux noirs un peu frisés et, sous des sourcils se rejoignant presque en haut du nez, deux yeux profonds brillaient de cet éclat dont s'irise le regard des femmes sensuelles.

J'allais donc souvent dans la maison pour le mari...; confrères, ne souriez pas; non, vrai, je n'y allais qu'appelé par lui et ne voyais que lui, bien que sa femme fût toujours présente à la consultation. Une fois ou deux seulement, elle s'était plainte à moi de douleurs vagues dans les reins, de lassitudes dans les jambes, etc. J'avais prescrit quelques bains, des frictions anodines, tout en essayant d'éviter le singulier regard dont elle m'enveloppait au moment du départ. Vous connaissez cela, un rayon acéré, brillant et vif comme une étincelle électrique et qui fait faire *toc* au cœur de celui qui le reçoit au fin fond de son œil.

Mais ici, il me faut ouvrir une parenthèse. Sachez donc, ô sceptique lecteur, que j'ai pour principe absolu et toujours pratiqué jusqu'ici, de ne voir dans mes clientes exclusivement que des malades présentes, passées ou futures. Le plus beau corps de femme vu ou deviné se voile instantanément d'un pudique nuage si ce sont les yeux du médecin auxquels il est montré. Je deviens comme l'infirme du Psalmiste : Oculos habent et non videbunt. C'est un simple exercice de gymnastique morale que chacun

mal rabique recueillie avec pureté, on détermine constamment la rage. Les causes d'erreurs qui découlaient de l'inoculation de la salive se trouvaient dès lors écartées; la salive contient bien le virus rabique, mais elle contient aussi des microbes divers, ce microorganisme en huit de chiffres qui avait déterminé lors de la première expérience une septicémie particulière chez le lapin, sans compter ceux de la suppuration. D'ailleurs la parcelle de salive inoculée peut ne pas contenir précisément le virus rabique. Le pas décisif a consisté à mettre en lumière la notion capitale du terrain, la durée de l'incubation et la constance des résultats lorsque par trépanation on porte directement la substance virulente sur son vrai terrain de culture, les centres nerveux.

Dès sa première communication, M. Pasteur indiquait nettement le but auquel il tendait, la vaccination du chien. Dans la deuxième il signale l'importance de ce fait que parmi les chiens auxquels il a inoculé la rage, un n'est pas mort et n'a pu devenir ultérieurement enragé malgré une nouvelle inoculation par trépanation ; il fait entrevoir le parti qu'on pourra tirer de cette notion.

Puis il démontre la fixité du virus rabique dans les diverses espèces animales, en même temps que la variabilité de la virulente suivant les espèces. Le 18 février 1884, il prouve que, la rage des rues du chien étant prise pour type de virulence, elle s'atténue en passant dans l'organisme du singe et s'exalte au contraire chez le cobaye et le lapin.

Le 19 mai 1884, il pouvait annoncer que 23 chiens inoculés étaient devenus réfractaires à des inoculations ultérieures; il avait procédé en leur inoculant successivement 4 virus de plus en plus forts obtenus par le passage du singe au lapin, puis par des lapins successifs, et devenus capables de tuer d'abord en 20 jours, puis en 15, en 14 et en 12 jours. La commission nommée par le ministère de l'instruction publique pour vérifier ces expériences envoie une note pleinement confirmative lue au Congrès de Copenhague.

Mais la méthode qui consistait à partir du singe laissait à désirer. C'est un animal délicat qui meurt facilement, et M. Pasteur, satisfait au point de vue scientifique, ne l'était pas pleinement au point de vue pratique, lorsqu'il eut l'idée d'une nouvelle méthode basée sur la dessiccation des moëlles de lapins, suspendues dans des flacons stérilisés contenant des fragments de potasse.

Au bout de douze jours de dessiccation la moëlle la plus virulente est devenue inerte. Enfin, après des perfectionnements successifs de janvier à juin 1885, M. Pasteur inocule 50 chiens, chacun d'eux recevant successivement la matière de plus en plus virulente de dix moëlles en commençant par celle du dixième jour jusqu'à celle du premier jour.

Puis il inocule la rage vraie à ces 50 chiens ainsi vaccinés et à 50 chiens témoins, les uns inoculés par voie sous-cutanée, les autres par trépanation : aucun des 50 chiens vaccinés ne prend la rage, et les autres meurent de la rage dans les délais habituels suivant le mode d'inoculation qu'ils ont subi.

C'est à ce moment, le 4 juillet 1885, que vient à son laboratoire le jeune berger Meister, mordu le 2 juillet et cautérisé quelques heures après la morsure avec un caustique faible. M. Pasteur consulte M. Vulpian, et fort de l'approbation formelle de ce savant maître, il franchit son Rubicon et applique pour la première fois à l'homme le procédé dont il avait éprouvé la valeur chez l'animal. M. Grancher a retracé éloquemment en termes émus les angoisses que M. Pasteur a traversées à ce moment et dont il a été le confident.

Le 26 octobre M. Pasteur exposait le résultat favorable de sa première inoculation à l'homme. Puis le 1er mars 1886 il faisait connaître les résultats successifs. 350 individus mordus dans des conditions où la rage était probable ou possible avaient été inoculés sans qu'aucun fût devenu enragé ou eût été exposé au moindre danger.

Le 22 avril il communiquait une nouvelle statistique, et, racontant l'histoire des Russes mordus par des

---

peut réussir à la seule condition de s'y prendre de bonne heure.

Cela dit, je reprends mon récit.

Un jour, c'était, je m'en souviens bien, vers le milieu du mois de juillet, — on me remettait dans la matinée une carte de visite ainsi libellée :

Mme X*** très souffrante prie M. le Dr... de vouloir bien passer chez elle cet après-midi.

N. B. Ne pas venir avant deux heures.

Hum ! pensai-je, voilà qui flaire terriblement son rendez-vous ! Attention, et ouvrons l'œil. Mais comme après tout l'invitation n'avait rien d'extraordinaire, je résolus de m'y rendre, et à deux heures et demi j'arrivai devant la maison dont je trouvai la porte entrebaillée... pour m'éviter sans doute la peine de sonner. Je connaissais les êtres et enfilai tout droit le corridor, non sans avoir d'un coup de main rapide relevé mes cheveux aplatis par le chapeau et rétabli la symétrie de ma barbe que le vent de la marche aurait pu déranger..., oh ! mystères du cœur humain ! Vrai ! j'étais un peu... comment dirai-je ? Emu ? non ! mais intrigué.

Enfin me voilà en haut de l'escalier ; une porte est là, je la pousse, clignant de la paupière, car les persiennes closes et les rideaux tirés plongeaient l'appartement dans une obscurité d'autant plus profonde qu'au dehors le soleil illuminait la rue d'un éclat de fournaise. Puis me voilà dans la chambre, et, comme j'y pénétrais en tâtonnant un peu, une voix assourdie par les tentures d'une alcôve m'appelle et me guide.

— Ah ! docteur, que je souffre ! Si vous saviez... depuis plusieurs jours je pouvais à peine me tenir, j'allais toujours ; mais aujourd'hui je n'en puis plus... Il faut que vous me soulagiez à tout prix.

— V... soulager ? Et de quoi donc, madame ?

— Des douleurs que j'endure là — elle me montrait ses reins, — et là, — elle me montrait son ventre — et ici, — elle me montrait ses cuisses. Je dois avoir pour sûr quelque chose de dérangé dans le corps.

J'étais debout, à la tête du lit, et habitué maintenant au demi-jour, je voyais nettement ma malade, coquettement... Oh ! très coquettement déshabillée d'une élégante camisole en étoffe très claire, les cheveux enfermés dans une résille nouée par un ruban

loups, il signalait ce fait déjà établi par M. Brouardel et Bouley que la mortalité est plus grande et l'incubation plus courte après morsures de loup, qu'il y avait donc lieu d'établir pour les morsures de loup une statistique spéciale.

M. Grancher analyse les impressions diverses du public médical : au début des communications de M. Pasteur quelques médecins en minorité infime ont applaudi, beaucoup se sont montrés sceptiques. Depuis lors le nombre des sceptiques a considérablement diminué, mais celui des hostiles est resté à peu près le même. M. Pasteur est demeuré calme devant les hostilités et il a trouvé naturel le scepticisme de la première heure, il comprenait que le médecin à le droit de se montrer sceptique en face de faits nouveaux. Mais au fur et à mesure que le nombre des faits probants s'est multiplié, la plupart des contradicteurs et des critiques auraient dû, semble-t-il, désarmer, et cependant les objections persistent. Ce sont ces objections auxquelles il faut opposer l'éloquence des chiffres.

Ces objections sont de deux ordres, on peut dire même de deux nationalités; car ce ne sont pas les mêmes critiques qui sont formulées en France et en Angleterre.

Nos bons amis les Anglais ont envoyé une commission parfaitement composée d'hommes compétents, qui ont suivi dans le laboratoire de M. Pasteur la série des expériences. Elle a assez longtemps conservé une arrière pensée que le secrétaire rapporteur formulait à peu près ainsi : les moëlles de lapins que M. Pasteur inocule ne sont pas des moëlles de lapins morts de la rage. Il a fallu pour convaincre les Anglais leur donner à leur départ un lapin, ils l'ont emporté à Londres, l'animal est mort, ils ont inoculé avec sa moëlle un deuxième lapin, et avec la moëlle de celui-ci 4 chiens, dont deux sont morts dans les délais voulus, deux de rage des rues, deux de rage mue. Aussi la conviction des commissaires anglais est-elle complète aujourd'hui ; ils ont écrits à M. Pasteur que désormais leurs doutes, leurs objections, leur scepticisme avaient disparu.

L'objection française est plus difficile à détruire; elle se formule ainsi : « M. Pasteur inocule beaucoup de gens qui n'ont pas été mordus par des chiens enragés. » A celle-là il faut opposer les chiffres.

MM. Pasteur et Grancher ont chargé MM. Chantemesse et Charrin [illegible] récemment attachés à l'Institut de Pasteur et par conséquent moins suspects de partialité que ses collaborateurs habituels, de dépouiller loin de lui les cahiers où sont consignées les observations des 1335 individus inoculés jusqu'à ce jour.

Ces observations ont été réparties en quatre tableaux :

Le tableau A comprend les cas d'individus vaccinés après morsures d'animaux démontrés enragés par *preuves expérimentales* : Ces preuves sont soit la rage donnée par trépanation ou inoculation au lapin avec le bulbe du chien mort enragé, soit le fait qu'un des individus mordus par le même animal est mort avec des accidents rabiques confirmés.

115 cas rentrent dans cette catégorie.

Le tableau B concerne les vaccinés après morsures d'animaux démontrés enragés par *preuves cliniques*. Les preuves cliniques sont des certificats de vétérinaires ayant constaté les symptômes de la rage et les lésions anatomiques à l'autopsie, ou bien les symptômes seuls. Les détracteurs objectent que les vétérinaires n'ont pas de critérium clinique ni anatomique de la rage.

M. Grancher pense que les vétérinaires sont aussi bien en droit de faire un diagnostic de rage d'après l'ensemble des symptômes et des lésions que les médecins le sont de faire un diagnostic de fièvre typhoïde; nous n'avons guère d'autre certitude en médecine que cette certitude clinique et anatomo-pathologique et nous nous en contentons bien en pathologie humaine.

Ce tableau B comprend 936 individus.

Dans le tableau C se rangent toutes les personnes

---

ponceau sur les *frisottes* du front. Elle s'était accoudée sur l'oreiller, moitié couchée, moitié assise, dans cette pose que les femmes, celles surtout qui ont de beaux bras, savent favorable aux effets de plastique. Je vis tout cela d'un coup d'œil tout en humant le parfum dont chacun de ses mouvements m'envoyait aux narines les effluves capiteux, et reprenant gravement mon rôle :

— Ainsi donc, lui dis-je, vous souffrez beaucoup?

— Enormément, et il faut bien qu'il en soit ainsi pour que je me sois décidée à vous faire venir. Puis, ce qui m'inquiète le plus, ce n'est pas la première fois que pareille chose m'arrive.

— Ah!

— Oui, il y a deux ou trois ans, pendant que nous étions à R...., le docteur de là bas, un vieil ami de la famille, a dû me visiter et il a constaté que j'avais un pro..... comment dites-vous cela ?

— Un prolapsus ?

— Oui, justement, un prolapsus, c'est bien cela.

— Mais, madame, permettez, vous n'avez jamais eu d'enfants, n'est-ce pas ?

— Non, docteur.

— Il me paraît alors bien improbable que vous soyez atteinte à votre âge et forte comme vous l'êtes d'une pareille infirmité.

— Docteur, je vous affirme que telle était pourtant l'opinion de votre confrère.

— Enfin, nous allons bien voir.

Et prenant ma voix la plus insistante :

— Monsieur votre mari, madame, est-il à la maison?

— Ah ! ne m'en parlez pas, et vous me voyez désolée ; il a été obligé de partir tout à l'heure par le train de midi 45, appelé par une dépêche de service.

— Mais alors, madame, nous pourrions renvoyer à demain...

— Non, non je suis vraiment trop inquiète ; puis, vous savez, je suis décidée aujourd'hui et demain peut-être ne le serais-je plus... (d'un ton plus bas) vous trouverez tout ce qu'il vous faut, là, dans ce cabinet.

Evidemment le coup avait été habilement préparé ; j'étais pris au piège.

Mais par un bizarre, quoique très naturel effet physiologique sur lequel Mme X. ne comptait sans

mordues par des chiens errants disparus ensuite sans qu'on ait pu avoir de certificat, et, bien que telle ou telle particularité de l'événement soit de nature à faire admettre la réalité de la rage chez les animaux disparus, ces cas demeurent suspects et laissés hors du cadre de la statistique : ils sont au nombre de 232.

Le tableau D comprend 54 individus mordus par des loups.

Parmi les 232 individus du tableau C s'est produite 1 mort. Bien que M. Pasteur se refuse le bénéfice des 231 survivants, il prend la mort à la charge de son passif. Il écarte encore de la statistique toutes les personnes qui n'ont pas franchi en ce moment les deux mois de la période dangereuse, parceque leur inoculation est postérieure au 22 avril. On voit qu'il fait la part belle à ses détracteurs. Ces soustractions faites, il reste pour le tableau A 96 individus vaccinés et 644 pour le tableau B.

Or, sur les 96 du tableau A, on ne compte qu'une mort, celle qu'on a empruntée au tableau C des suspects. Sur les 644 du tableau B, il y a 3 morts, soit une proportion de 1,04 pour 100, soit 10 pour 1000. Ce qui fait pour l'ensemble des vaccinés des deux premiers tableaux une mortalité moyenne de 7 p. 1000. Or la statistique la plus sévère relative à la fréquence des morts après morsures d'animaux enragés indique 160 p. 1000.

La mortalité des morsures de loup dans la statistique de Pasteur, si on retire des 54 vaccinés, 6 qui ne l'ont été qu'après le 22 avril, est de 7 décès soit 14 pour 100. Or la statistique des morts après morsure de loups enragés avant la vaccination indiquait 67 et 82 pour 100.

M. Grancher a établi ensuite la statistique des morsures de la face et des mains, qui ont toujours été considérées comme plus graves, puisque les vêtements ne peuvent alors s'opposer à l'inoculation. Sur le tableau A, 54 vaccinés ont été dans ces conditions, 1 est mort, soit une mortalité de 1,8 pour 100. Du tableau B, pour 400 qui sont dans ce cas, on compte 3 décès, soit 0,75 pour 100, 7,5 pour 1000. Or les statistiques antérieures à la vaccination portant sur les années 1862 à 1872 (Brouardel) indiquent qu'après morsure de la face et des mains la mortalité était de 88 pour 1000, et de 670 pour 1 000 après morsure des mains.

M. Grancher fait remarquer en outre que parmi les 3 morts comptés au passif de M. Pasteur, 2 appartiennent à la catégorie des individus mordus depuis, le 22 avril, dont les cas favorables ont été éliminés comme n'étant pas sortis de la période dangereuse.

Ainsi la statistique établie dans les conditions les plus défavorables à la méthode en proclame le succès avec une éloquence devant laquelle les plus récalcitrants doivent s'incliner.

Ensuite M. Grancher a comparé les bienfaits de la vaccination jennérienne, de la vaccination chabonneuse et de la vaccination antirabique.

Avant la découverte du virus de Jenner la mortalité des non vaccinés était de 500 pour 1000; après de mauvaises vaccinations, elle a été de 260 p. 1000, après les bonnes vaccinations de 23 p. 1000. Soit comme rapport exprimant la valeur absolue du vaccin jennérien, 21,70.

Pour le charbon, il résulte des statistiques dressées par plus de 200 vétérinaires, que la mortalité qui était de 120 p. 1000 avant la vaccination, est tombée à 5 p. 1000 depuis. Soit, comme rapport exprimant la valeur absolue, 24.

Pour la rage, la mortalité antérieure à la vaccination étant de 160 pour 1 000 et la mortalité chez les vaccinés de Pasteur de 7 p. 1000, la valeur absolue de la vaccination pastorienne est représentée par 22,85.

Voilà des chiffres sensiblement voisins et qui confirment irréfutablement l'utilité des vaccins; comme le dit M. Grancher, faisant allusion à des attaques récentes, contre des statistiques semblables que valent certaines statistiques moldaves portant sur quelques cas plus ou moins bien observés ?

---

doute pas, l'intrigue aussi brusquement dénouée ne m'intéressait plus du tout, oh! mais pas le moins du monde. C'est donc avec le plus grand calme que je me dirigeai vers le cabinet désigné où je trouvai en effet tout ce dont un médecin a besoin dans ces moments délicats.

Et me voilà, cherchant, très consciencieusement d'ailleurs, le fameux prolapsus, car enfin tout est possible.

Vous pensez bien que je n'en trouvai aucun, au contraire, ce qui prolongea d'autant mon examen. Nous ne disions rien ni l'un ni l'autre. Madame X... renversée, les bras relevés sur la tête, les yeux à demi-clos, me laissait faire, et comme, rassuré complètement, j'allais me retirer, elle poussa un petit cri :

— Là, oui, là, oh! docteur que vous me faites mal!

J'appuyai un peu là où j'étais, pour l'acquit de ma conscience.

— Oui, justement, vous y êtes, c'est là qu'est le foyer... de... la... dou... leur...

Ma parole d'honneur, la coquine se pâmait.

Dam! vous savez, à 35 ans, seul avec une femme qui s'abandonne... Mais ce ne fut qu'un sursaut de la bête que je maîtrisai aussitôt et, me redressant d'un geste brusque :

— Madame, lui dis-je, d'un ton qui n'admettait pas de réplique, vous n'avez rien du tout et je vous conseille de ne plus penser à votre prolapsus.

Puis, mettant fin à une scène qui frisait le ridicule, je pris mon chapeau et m'en allai.

Peu de temps après cette aventure M. X... qui était fonctionnaire, fut changé de résidence et je restai plusieurs années sans avoir de leurs nouvelles. Un jour que, revenant d'un petit voyage, je traversais la gare de B... je me trouvai presque nez à nez, avec mes anciens clients. Lui, était toujours aussi maigre, aussi jaune et aussi dégingandé ; elle, très fraîche et bien en chair, avait l'air rajeuni. J'ébauchai un geste de surprise agréable et m'avançais déjà pour les saluer ; mais un quadruple regard me cloua à ma place.

L'œil du mari surtout paraissait fulgurant et je passai, tournant la tête pour cacher le sourire qui me venait aux lèvres, mais non sans murmurer :

« Eh bien ! en voilà un imbécile ! »

M. Grancher a donné ensuite quelques détails complémentaires. Ce qui prouve d'abord l'innocuité des inoculations et ce qui permet d'affirmer que les personnes mortes après la vaccination ne le sont pas du fait de celle-ci, c'est que leur bulbe inoculé au lapin l'a tué en 15 ou 16 jours et non en 7 jours, comme cela devrait être si elles étaient mortes du virus inoculé par M. Pasteur.

On a objecté à M. Pasteur contre la validité de son vaccin l'absence de tout symptôme local ou général après l'inoculation. En effet il n'y en a aucun. Mais ne savons nous pas qu'un père syphilitique peut dans certains cas engendrer un enfant syphilitique et que la mère, sans avoir éprouvé aucun symptôme de syphilis, pourra cependant être devenue incapable de prendre la syphilis ultérieurement ?

M. Grancher a expliqué pourquoi la durée de l'incubation était si variable après les morsures ; c'est que, si pour d'autres maladies infectieuses telles que la rougeole, la scarlatine, la fièvre typhoïde, la pullulation du germe infectieux commence dès son arrivée dans l'organisme, pour la rage la culture du germe ne commence que lorsqu'il a atteint son terrain de prédilection, la substance des centres nerveux ; or il peut mettre un temps plus ou moins long à cheminer jusque là à travers l'organisme, suivant le siège de la morsure. C'est ce temps que M. Pasteur met à profit pour faire arriver dans l'économie son vaccin qui impressionne le cerveau de manière à le rendre réfractaire au virus rabique inoculé par la morsure, lorsqu'il atteindra les centres nerveux.

Un fait inattendu, c'est que M. Pasteur dont la préoccupation constante a été d'atténuer les virus se trouve avoir été amené à propos de la rage à inoculer en réalité un virus exalté et non atténué ; car inoculer un virus exalté par 26 passages de lapin à lapin, si bien que pour la moëlle la plus virulente l'inoculation a été réduite de 20 jours à 7 jours.

Le procédé de dessication des moëlles n'atténue pas le virus, il le *raréfie* seulement; parmi les animaux inoculés avec les moëlles peu virulentes, un moins grand nombre prendront la rage, mais ceux qui la prennent, la prennent aussi mortelle et après la même incubation qu'avec la moëlle la plus virulente.

Ce qui constitue l'originalité de la vaccination antirabique, c'est l'inoculation successive de la série des moëlles, dont les premières sont inertes et dont la dernière a la virulence maximum, depuis celle qui a 20 jours de dessiccation jusqu'à celle du premier jour. Cependant, depuis l'inoculation de Meister, M. Pasteur a modifié et simplifié son mode opératoire; il n'inocule plus les moëlles des trois premiers jours, c'est-à-dire les trois plus virulentes; il pense que celle du quatrième jour suffit à fixer l'immunité. Peut être pourra-t-il ultérieurement simplifier encore. Il se préoccupe enfin d'autres questions, telles que celle de savoir si la partie active du vaccin est un microbe ou une matière sécrétée par lui.

M. Grancher a terminé en disant avec raison que l'éloquence des chiffres cités par lui le dispensait de toute péroraison laudative à l'égard de notre illustre compatriote, mais il a su cependant faire partager en quelques mots à ses auditeurs l'émotion contenue avec laquelle il a parlé de son admiration et de son affection personnelles pour le grand savant qui l'a choisi pour collaborateur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

(Séance du 22 Juin)

M. le Dr Poulet (de Plaucher les Mines) a adressé une note intitulée: Procédé à mettre en œuvre pour l'extraction de l'acide oxalique du suc intestinal.

MM. Dieulafoy et Sanné se portent candidats pour la section de pathologie interne.

M. Laboulbène a pris la parole pour compléter la communication de M Brouardel relative aux applications médico-légales suscitées par la *momification des cadavres*.

« Les applications de l'entomologie à la médecine légale peuvent rendre de grands services, cela est incontestable, dit M. Laboulbène.

Pour connaître l'époque exacte de la mort d'un cadavre humain ou autre, il faudra désormais rechercher avec soin s'il n'existe pas des insectes témoins du début et des acariens survenant après eux. Les insectes nécrophiles des premiers moments laissent leurs dépouilles. soit larvaires, soit nymphales, les diptères, — plus tard, les chairs et parties molles ayant disparu, les substances grasses sont attaquées par les dermestiens, les nécrobiens — enfin, quand le corps est en quelque sorte momifié, arrivent les acariens, tyroglyphes et glyciphages. Cet ordre de succession est indispensable à constater, il faut donc recueillir tous les insectes, tous les animalcules et leurs moindres débris.

Mais, il arrive un moment où, le corps étant desséché, les parties sèches cornées existant seules, sont attaquées par les attagènes, par les anthrènes, par les ptines, et cela quel que soit l'âge avancé du corps mort. Ces insectes, dévastateurs trop connus des musées et des collections d'histoire naturelle, détruisent les substances dures azotées des corps conservés, préparés depuis trois, quatre, dix, cinquante ans et bien plus. Je puis dire à l'Académie que Paul Broca m'avait remis des insectes qui l'intriguaient fort et que je reconnus être des *gibbium scotias* provenant d'une momie égyptienne. Ces insectes n'étaient pas contemporains de la momie. Ils avaient vécu d'un fragment de cet antique corps, fragment mis au jour et moins pénétré des substances conservatrices, réduit à l'état corné. Les gibbium l'avaient attaqué lorsque la momie avait été sortie de sa boîte et alors exposée à leur atteinte.

En résumé, il faudra, pour retirer de l'entomologie appliquée à la médecine légale une appréciation sur l'époque de la mort d'un animal, remonter géologiquement, en quelque sorte, du temps présent aux premiers insectes nécrophiles. Si le temps de la mort est éloigné, si on ne trouve que des ptines ou des anthrènes, la date sera difficile et presque impossible à préciser. Enfin, comme l'a si bien fait observer M. Brouardel, il faudra même tenir grand compte des insectes voisins des restes d'un corps, par exemple, les fourmis placées dans les serres, auprès des ossements d'Elodie Ménestret, des bulbes et des tiges de

lis blanc, rongés par des acares et qui ne se rencontrent que dans des conditions spéciales. »

Pureté du sulfate de quinine.

Les fabricants de sulfate de quinine ont été très émus par la communication de M. de Vry. M. Jungfleisch vient apporter des renseignements très circonstanciés sur la teneur des divers sulfates de quinine de l'industrie en cinrchonidine; nous extrayons de sa communication les plus importants passages.

« J'ai examiné un très grand nombre de produits livrés par les différentes usines européennes, et je dois reconnaître avec M. de Vry que, d'une manière générale, le sulfate de quinine est assez chargé aujourd'hui de sulfate de cinchonidine.

Les chiffres très nombreux que je possède montrent que, dans une même fabrique, le sel obtenu varie pour ainsi dire d'un jour à l'autre, tant est variable elle-même la nature des écorces traitées ; ils montrent surtout que les produits des fabriques françaises se sont nullement inférieurs à ceux des fabriques étrangères. En réalité, les sels les plus chargés de cinchonidine que j'ai eus entre les mains, sont d'origine étrangère. Il en a été de même pour M. de Vry et pour M. Koppeschaar ; ce dernier a vu jusqu'à 26 o/o de cinchonidine dans certains produits étranges ; je n'ai jamais rien observé de semblable avec les produits français.

Reste à examiner jusqu'à quel point la présence du sulfate de cinchonidine est compatible avec les exigences de la pharmacopée en général.

Partout l'on a admis que la présence d'une faible dose de cinchonidine ne saurait causer de préjudice appréciable en thérapeutique. En Angleterre, le poids des sulfates d'alcaloïdes autres que la quinine, ne doit pas dépasser 5 o/o ; en Allemagne, la tolérance peut être un peu plus grande ; en France, on est beaucoup plus sévère, car il résulte des méthodes indiquées par le Codex pour l'analyse du sulfate de quinine des pharmacies que celui-ci ne doit pas contenir plus de 2 o/o de cinchonidine.

Il y a trois ans, les professeurs de l'Ecole de pharmacie ont prélevé un grand nombre d'échantillons de ce sel lors de leurs visites réglementaires. Or, la grande majorité des produits étaient d'une pureté très satisfaisante : sur quarante échantillons, cinq ou six contenaient un peu trop de chiuchonidine ; un seul a été trouvé mauvais.

Il faut remarquer cependant qu'au moment où s'est exercée cette surveillance, une circonstance particulière contribuait à maintenir plus pur le sulfate de quinine. On traitait à cette époque une grande quantité de quinquina cuprea qui ne contient presque pas de cinchonidine ; actuellement on ne traite que fort peu de ce quinquina, parce qu'une maladie parasitaire, sévissant sur les quinquinas cultivés, a forcé beaucoup de propriétaires de l'Inde à détruire leur plantations et à livrer au commerce des quantités énormes d'écorce de leur quinquina, qui, lui, contient beaucoup de cinchonidine.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 juin 1886.

Election d'un membre titulaire dans la section de médecine et chirurgie.

Votants : 55. — Majorité : 28.

MM. Brown-Séquard. . . . . 36 (Elu),
Germain Sée. 19

Avaient été présentés par la section en deuxième ligne ex æquo MM. Bouchard et Jaccoud ; — en troisième ligne, MM. Hayem et Ch. Richet ; — puis l'Académie avait ajouté M. Villemin à la liste.

CHIRURGIE

Des néphrites infectieuses au point de vue chirurgical par le docteur Barette.

Jusqu'à nos jours, les chirurgiens, méconnaissant peut-être un peu trop le terrain sur lequel ils opéraient, se préoccupaient surtout de diminuer par des opérations hardies et habiles le nombre des affections encore réputées incurables: à M. le professeur Verneuil revient l'honneur d'avoir fixé l'attention sur les relations étroites qui rattachent la marche des traumatismes et des affections chirurgicales aux divers états organiques des individus.

Entre autres conséquences de ces relations, il a montré que le traumatisme peut être la source d'une aggravation rapide et fatale de l'état des reins altérés. Mais, en outre, depuis les travaux des bactériologistes, depuis la connaissance des maladies infectieuses, on sait que certaines affections chirurgicales infectieuses peuvent créer de toutes pièces des lésions dans le rein, ainsi que le démontre Barette *dans son remarquable travail* (1), *et qu'il peut y avoir* des néphrites infectieuses chirurgicales, comme il y a des néphrites infectieuses médicales.

Toujours secondaires, elles peuvent être produites de deux façons absolument différentes : tantôt les éléments infectieux sont apportés au rein par le courant circulatoire dans lequel ils ont pénétré à travers les capillaires veineux ou lymphatiques ou par effraction brutale de ces vaisseaux; tantôt ils le pénètrent en remontant par les voies d'excrétion de l'urine.

I

Dans la première partie de sa thèse, le docteur Barette étudie l'infection rénale par voie circulatoire. Le rein peut être traversé par des éléments infectieux, altéré et modifié plus ou moins profondément dans sa structure et ses fonctions, à la suite d'un grand nombre de lésions chirurgicales. En dehors de la pyohémie et de la septicémie, maladies infectieuses au premier chef, on trouvera la néphrite infectieuse dans certaines lésions du tégument externe et du tissu cellulaire sous-cutané; brûlures suppurant abondamment, ecthyma, furoncle et anthrax (le plus souvent, il est vrai, par l'intermédiaire de la pyo-

(1) Thèse pour le *Concours d'agrégation en chirurgie* Paris 1886, chez G. Steinheil.

hémie, et surtout l lymphangite et érysipèle. Parmi les maladies chirurgicales du squelette il faut citer, comme capables de produire la néphrite infectieuse, en première ligue l'ostéomyélite, puis les fractures ouvertes compliquées de suppurations graves, les suppurations osseuses de longue durée, l'ostéomyélite prolongée, les nécroses, les caries, les affections tuberculeuses du squelette. Du côté des articulations, nous trouvons les arthrites infectieuses primitives, déterminations articulaires de maladies générales, les arthrites purulentes traumatiques (par l'intermédiaire de la pyohémie ou de la septicémie), les arthrites suppurantes chroniques. Les suppurations septiques de la plèvre, certaines affections des voies digestives (angines phlegmoneuses, hernies étranglées, typhlites), l'infection puerpérale et même certains traumatismes du rein sont encore des causes de néphrites infectieuses. Les traumatismes toutefois peuvent, dans certains cas, rentrer dans la deuxième catégorie, la néphrite est alors due à une infection ascendante par les voies urinaires.

Le docteur Barette cite à l'appui de cette longue étiologie un grand nombre de faits cliniques et des expériences du plus haut intérêt; mais, si certains faits sont aujourd'hui nettement établis qu'on soupçonnait à peine hier, il eu est encore beaucoup au sujet desquels on ne peut faire que des hypothèses et qui ont besoin de la démonstration expérimentale.

Quoi qu'il en soit, les microbes pathogènes, en pénétrant dans le rein, peuvent dans quelques cas rares y circuler sans produire la moindre lésion, mais le plus souvent ils y déterminent une néphrite diffuse. Suivant la nature du principe morbide éliminé, principe qu'on peut ne plus retrouver dans le rein au moment de la mort du malade, les lésions se présentent sous deux types évolutifs différents.

Dans le premier, la néphrite de l'érysipèle simple par exemple, les lésions ne paraissent avoir aucune tendance à suppurer : « les reins sont volumineux, la substance corticale est tuméfiée, tantôt blanchâtre ou grisâtre, tantôt congestionnée au point même de présenter des tâches hémorrhagiques. A l'examen microscopique, on trouve les capillaires intertubulaires dilatés, les anses glomérulaires gorgées d'hématies et aussi de microbes, des hémorrhagies glomérulaires. » C'est la néphrite congestive de Renaut (de Lyon).

Dans la deuxième forme, dont le type est la pyohémie, « les embolies parasitaires déterminent rapidement un travail de suppuration qui produit l'abcès miliaire. Les reins moins congestionnés présentent des marbrures de teintes diverses, jaunâtres, rosées, rouge vineux. On y voit à l'œil nu un semis de points rouges ou violacés, au centre desquels ne tardent point à apparaître les éléments du pus. Le microscope montre dans ces cas la migration abondante des microbes, des leucocytes, la désorganisation cellulaire et glomérulaire, et l'irritation proliférative du tissu conjonctif. » C'est une néphrite diffuse. Aux deux types précédents, qui sont les deux types infectieux les plus nets, il faut ajouter la dégénération granulo-graisseuse du rein, que l'on trouve surtout dans les suppurations prolongées et dont les rapports avec le microbe pathogène sont encore assez mal déterminés.

Après avoir étudié l'anatomie et la physiologie pathologiques de quelques formes de néphrites infectieuses chirurgicales (pyohémie, septicémie, brûlures, furoncle et anthrax, lymphangite, ecthyma, érysipèle, ostéomyélites, suppurations prolongées, arthrites, pleurésies, maladies du tube digestif, infection puerpérale, etc. Barette arrive aux symptômes et au diagnostic. Procédant toujours avec la même méthode, il étudie d'abord les caractères généraux de ces néphrites, puis les quelques caractères différentiels qu'elles peuvent présenter, suivant qu'elles surviennent dans telle ou telle affection chirurgicale. Pouvant rester absolument latente, la néphrite infectieuse est quelquefois aussi très fugace. Le plus habituellement, qu'elle affecte la forme aiguë ou la forme lente et torpide, elle se traduit par un ensemble de symptômes, dont les plus importants sont tirés de l'examen physique et chimique de l'urine; on trouve parfois dans cette dernière des microbes pathogènes.

Une semblable complication est toujours préjudiciable au malade, le pronostic cependant varie d'une infinité de façons, suivant la malignité de l'infection causale, suivant l'intensité de la néphrite, etc; autant une néphrite transitoire est bénigne, autant les signes accentués de néphrite sont graves dans le cours d'une maladie compliquée de pyohémie ou de septicémie; guérissant facilement lorsqu'elle est légère, la néphrite est des plus redoutables, quand elle devient hémorrhagique, et peut entraîner une mort rapide.

Malheureusement la thérapeutique est bien impuissante contre la néphrite infectieuse en elle-même; aussi doit-on surtout chercher à l'éviter, et la désinfection, l'antisepsie sont les meilleurs moyens auxquels on puisse avoir recours pour le présent.

II

Dans la deuxième partie de sa thèse, le docteur Barette étudie les néphrites infectieuses ascendantes dans les affections des voies d'excrétion de l'urine. A cette classe correspondent les noms de pyélo-néphrite parasitaire, de *rein chirurgical*, expression mauvaise qui n'a plus actuellement de raison d'exister.

« Toutes les altérations ascendantes des voies urinaires et du rein ne sont pas des infections, mais peuvent les favoriser. L'infection du rein date du moment où les micro-organismes y pénètrent en assez grand nombre pour entraîner sa suppuration. »

Dans certains cas, les voies urinaires sont infectées par des virus spécifiques introduits directement par contagion à leur surface, ce sera le gonococcus de Neisser dans la blennorrhagie, le bacille de Koch dans la tuberculose.

Mais le plus souvent ce sont des maladies non infectieuses par elles-mêmes qui produisent indirectement la néphrite infectieuse. Ce sont les rétrécissements de l'urèthre, les hypertrophies de la prostate, la pierre dans la vessie, les cystites, les tumeurs du réservoir urinaire, les tumeurs du voisinage qui compriment les uretères (cancer de l'utérus, kystes de l'ovaire), les calculs du bassinet, de l'uretère, de la substance rénale.

Toutes ces affections tendent au même résultat : la stagnation de l'urine. Sous cette influence elle ne

tarde pas à se modifier et devient un milieu de culture favorable pour les micro-organismes. « Outre les troubles dans la composition chimique de l'urine, les irritations inflammatoires de la surface des voies urinaires constitueront encore une condition favorable. Et une fois les microbes en voie de pullulation ils tendront à gagner le rein, justement à la faveur de la propagation septique par les urines, ou inflammatoire par les surfaces muqueuses. » Il va sans dire que toute altération antérieure du parenchyme rénal, infectieuse ou non, ne peut que favoriser l'éclosion des accidents. Le rein lui-même, devenu septique, pourra être une source nouvelle d'infection pour l'organisme tout entier et déterminer une pyohémie, une septicémie urinaires.

Quant aux processus anatomiques constatés dans les reins infectieux, le docteur Barette les résume ainsi :

1° Dilatation avec stase urinaire, infection, suppuration chronique ou subaiguë, pyélite.

2° Dilatation, stase, ou en l'absence de ces deux lésions, néphrite infectieuse rayonnante ; néphrite bactérienne commençant par le sommet des pyramides (néphrite parasitaire de Klebs).

3° Néphrite aiguë diffuse ou néphrite aiguë avec abcès miliaires disséminés : glomérulo-néphrite suppurée de Bazy. (Glomérulites bactériennes dues à l'importation microbienne par voie circulatoire ?) »

Si on laisse de côté la néphrite blennorrhagique et la néphrite tuberculeuse, les néphrites infectieuses ascendantes peuvent se présenter sous deux formes cliniques absolument différentes.

La forme chronique, qui rappelle la cachexie urinaire décrite par M. le professeur Guyon, est une sorte de septicémie urinaire progressive qui se termine, quelquefois au bout de 2 ans, par des phénomènes urémiques et de l'hypothermie, à moins que le malade ne soit emporté auparavant par quelque poussée aiguë.

La forme aiguë (septico-pyohémie urinaire) est remarquable par l'intensité des accidents et la rapidité de leur évolution ; constamment mortelle, elle peut tuer en 5 ou 6 jours, quelquefois elle affecte une allure subaiguë et peut durer un mois ou un mois et demi.

Le diagnostic n'offre de difficultés sérieuses qu'au début de la forme chronique. Toutefois « pour M. Guyon, une urine laiteuse, qui contient un dépôt purulent, qui, versée dans plusieurs verres au moment de la miction, laisse dans chacun un dépôt identique, est d'origine rénale. Elle donne toute sa valeur diagnostique et pronostique à la polyurie trouble. »

Le pronostic est évidemment très grave, même dans les formes chroniques. Elles commandent en effet une grande réserve au chirurgien dans les manœuvres d'exploration ; lorsqu'elles ne sont pas améliorées par un traitement approprié, elles peuvent devenir une contre-indication absolue aux opérations vésicales ; en cas de pierre, il faudra avoir recours à la taille de préférence à la lithotritie.

Le traitement curatif, comme pour les néphrites infectieuses par voie circulatoire, est presque nul. L'acide benzoïque, l'acide salicylique, l'acide borique, la glycérine, pris à l'intérieur, ont bien donné quelques heureux résultats, mais on devra surtout chercher à prévenir les néphrites en évitant la stagnation de l'urine et en s'entourant des précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

M. Barette avait à traiter un des sujets les plus nouveaux et les plus délicats de la pathologie chirurgicale. Tous les lecteurs de son important travail, qui marquera une étape dans l'étude de la question, reconnaîtront le talent avec lequel l'auteur s'est acquitté d'une tâche ardue.

Dr. E. DESCHAMPS.

QUESTIONS HOSPITALIÈRES

Nous formulions, il y a quelques mois, le désir de voir les médecins des hôpitaux entrer de plus en plus dans la voie de l'*enseignement libre donné à l'hôpital* dans un sens très pratique, et nous faisions remarquer que, dans certains hôpitaux spéciaux, il serait précieux que des leçons fussent faites l'après-midi, à une heure où les médecins sont moins absorbés par la clientèle, heure commode aussi pour les étudiants, stagiaires, externes ou internes, retenus le matin dans d'autres hôpitaux par les nécessités de leur service réglementaire. M. le docteur Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, professeur agrégé à la Faculté, a donné satisfaction au vœu que nous exprimions. Il a inauguré depuis plusieurs semaines, avec le plus légitime succès, des leçons de dermatologie, le mercredi à 4 heures dans le musée de l'hôpital Saint-Louis. Son enseignement est essentiellement pratique : il fait défiler les malades et les pièces en cire si belles de la riche collection accumulée par les soins de plusieurs générations de dermatologistes. Avec le brillant enseignement officiel du professeur Fournier, les conférences si recherchées de M. Ern. Besnier, le samedi matin, les visites instructives de MM. Lailler, Vidal, Hallopeau, notre grande école dermatologique ne laisse plus grand chose à désirer.

— *Le Progrès médical* poursuit avec vigueur une campagne en faveur de la SPÉCIALISATION DANS LES HOPITAUX et à la Faculté. Nous pensons que les arguments présentés par notre confrère sont dignes de la plus sérieuse attention et méritent d'être reproduits.

« Dans les plus grandes villes de l'Europe, toutes les branches de la médecine sont théoriquement ou pratiquement séparées. Outre les deux principales sections de la chirurgie et de la médecine, nous comptons parmi les spécialités les plus légitimes : l'obstétrique, la gynécologie, la pédiatrie, la dermatologie, la syphiligraphie, l'otologie, la laryngologie, l'ophthalmologie, les voies urinaires, etc., etc. Malheureusement un certain nombre de ces spécialités n'ont d'existence officielle ni à la Faculté de médecine ni à l'Assistance publique de Paris. Il en résulte qu'elles sont abandonnées aux empiriques et aux charlatans qui les discréditent et entravent leurs progrès. Nos voisins les Allemands, moins paralysés que nous par les traditions routinières, n'ont pas hésité à organiser l'enseignement pratique de ces spécialités et les Français eux-mêmes, lorsqu'ils veulent devenir des

spécialistes sérieux, vont chercher en Allemagne un enseignement qu'ils ne trouvent pas à Paris. Nos meilleurs laryngologistes et otologistes out fait leurs études à Vienne. Actuellement encore, l'otologie et la laryngologie ne sont euseignées ui à la Faculté, ni dans les hôpitaux. Car il est impossible de prendre au sérieux les embryons de clinique laryngologique annexés à certains services de médeciue générale. Un médecin qui a déjà la charge d'un important service est incapable, quels que soient son talent et son activité, de pratiquer et d'enseigner par surcroit la laryngologie. Nous en dirons autant de l'otologie qu n'existe même pas daus les hôpitaux; quant à l'ophthalmologie confiée jusqu'à ces derniers jours à des chirurgiens surchargés de travail, elle vient d'être enfin spécialisée. Reste donc à pourvoir au bon fonctionnement de ce que nous nous permettrons d'appeler les *petites spécialités* (maladies du larynx, des oreilles, etc.) Si l'Administration de l'Assistance publique avait de l'initiative, elle se hâterait de faire pour ces spécialités ce qu'elle a fait pour les accouchements. Elle créerait immédiatement dans trois ou quatre grands hopitaux un service de laryngologie, un service d'otologie, et elle mettrait à la tête de ces services des médecins nommés à la suite d'un concours spécial Dans ce concours dont le programme reste à déterminer, on aurait soin d'introduire des épreuves de médecine générale qui éloigneraient les spécialistes sans instruction solide. Tant que l'Assistance publique n'aura pas opéré cette réforme, les malades qui souffrent des oreilles ou du larynx ne trouveront de soins éclairés que dans les cliniques et les dispensaires gratuits des praticiens de la ville. Enfin, à côté de l'intérêt des malades, n'oublions pas celui des étudiants français et étraugers qui, ne trouvant pas à Paris l'enseignement des spécialités auxquelles ils se destinent, sont obligés d'aller chercher à grands frais cet enseignement à Vienne ou à Berlin. Voici maintenant des réformes dont la réalisation ne coûterait rien à l'Assistance publique.

Depuis longtemps des hopitaux spéciaux sont réservés à plusieurs branches de la clinique médicale : les maladies des enfants, les maladies de la peau, les maladies vénériennes, les maladies nerveuses. Or, aucun concours spécial n'est imposé aux médecins des maladies infantiles, cutanées et vénériennes ; aucun règlement n'oblige les médecins qui out fait choix un jour de ces spécialités de les garder sans retour. Tout médecin des hopitaux a le droit d'aller, quand le roulement le lui permet, non seulement dans les hôpitaux généraux, mais encore dans les hôpitaux d'enfants, de vénériens, etc., etc. On a vu des médecins parcourir en quelques années l'échelle de ces spécialités sans se fixer sur aucune; quelques-uns font même le cercle complet et reviennent à leur point de départ.

Pour mettre fin à cet abus un simple article de règlement suffit. Nous ne voudrions pas multiplier outre mesure les concours spéciaux et, pour éviter le reproche des spécialisations prématurées, nous formulerions ainla disposisition réglementaire dont il s'agit : Tout médecin des hôpitaux devra, daus les trois jours qui suivront sa nomination, déclarer par écrit s'il se destine à la médecine générale, à la médecine infantile, à la dermatologie et syphiligraphie. Il ne pourra pas revenir sur cette déclaration et sera définitivement affecté à l'une des branches qu'il aura choisie. Les médecins du Bureau central qui auront jeté leur dévolu sur les hôpitaux généraux, ne feront de remplacements que dans ces hôpitaux; plus tard, quand leur tour de placement définitif arrivera, ce placement ne pourra se faire que dans les hôpitaux en question. Il en sera de même pour la section des enfants et pour la section de dermatologie et syphiligraphie. Chacune de ces sections, beaucoup moins étendue que la section de médecine géuérale, dispose de trois hôpitaux : Saint-Louis, le Midi, Lourcine ; Enfants-Malades, Trousseau, Enfants-Assistés. Dans ces deux sections, le nombre des services est restreint ; mais la demande sera proportionnelle à l'offre. D'ailleurs, si le nombre des médecins du Bureau Central qui se destinent à ces spécialités augmentait dans des proportions trop considérables, il serait facile à l'Assistance publique de satisfaire dans l'avenir à ces aspirations en créant de nouveaux services ou en dédoublant ceux qui existent. Nous ne ferons que signaler l'utilité qu'il y aurait à ouvrir quelques services spéciaux de gynécologie, cette branche de la médecine fournissant beaucoup de malades qui sont la proie des charlataus de la ville. »

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

CAISSE DE PENSIONS DU CORPS MÉDICAL BELGE.

La Caisse de Pensions du Corps Médical Belge continue d'offrir les résultats plus satisfaisants. Nous donnons ci-joint le tableau indiquant sa situation, *arrêtée par le Comité-Directeur, dans sa séance du* 12 mai dernier :

1° Caisse de Pensions. — Avoir social.

Valeurs Crédit Communal 4 1/2 p. o/o	fr. 473,800 00
» » 4 p. o/o	101,000 00
» » 5 p. o/o	2,900 00
Caisse d'Epargne	41,712 90
Valeurs en caisse, Espèces et Avances à la Caisse de Secours	676 57
Total fr.	620,089 47

2° Caisse de secours. — Avoir social.

Valeur Crédit Communal 4 p. o/o	fr. 4000 00
Caisse d'Epargne	2246 35
Obligations. Dette publique Belge 5 p. o/o	100 00
Espèces en Caisse	83 18
	6426 53
A déduire 200 francs qui lui ont été avancés par la Caisse de Pensions pour éviter un retrait de fonds de la Caisse d'Epargne	200 00
Total fr.	6229 53

Inutile de faire ressortir l'importance des résultats acquis.

Nous pouvons constater chaque jour combien se sont modifiées les idées de nombreux confrères qui, de leur propre aveu, avaient cru, de bonne foi, entièrement impossible la réalisation de l'entreprise.

Chez beaucoup d'entre eux, l'étonnement est mêlé

de regrets. Plusieurs même nous ont sincèrement manifesté leur chagrin de n'avoir pas profité des facilités du début pour se créer, par d'insignifiants sacrifices, une ressource dont ils apprécient maintenant toute l'importance et la sécurité, et dout l'obtention exigerait aujourd'hui, de leur part, un effort.

Ces regrets, il faut bien le dire, ces collègues ne les doivent qu'à eux seuls; car le Comité-Directeur n'a manqué aucune occasion pour attirer sur l'OEuvre l'atteution du Corps Médical.

Si l'expérience des anciens n'est pas chose vaine et perdue pour les nouveaux veuus, nos jeunes confrères se feront un rigoureux devoir de s'affilier dès leur début, afin de s'éviter ces regrets stériles et tardifs.

Nous ne voulons pas cependaut être, plus qu'il ne convient, censeur sévère de l'absteution de beaucoup. Nous savons trop combien le sentiment de défiance s'attache, pour eux, à toute entreprise financière, et nous reconnaissons que plus d'uue de celles-ci n'a que trop justifié ce sentiment. Le seul reproche que nous leur puissions adresser est de n'avoir su distinguer le bon grain de l'ivraie et d'avoir ainsi compromis leurs vrais intérêts.

Ce sentiment de défiance est tellement inhérent à l'humaine nature, que nous le voyons se reproduire, tout au moins aussi iutense, chez nos excellents voisins du Midi. Nos lecteurs saveut qu'une Caisse des Pensious de retraite y a été créée récemment, patronnée par un groupe de médecins d'élite et d'hommes de cœur. L'Assemblée générale réglemeutaire s'est tenue, à Paris, le 2 mai. et dès les premiers mots de leurs lumineux rapports, les zélés docteurs Lande, secrétaire-général, et Verdalle, trésorier, mus par une même impulsion, déplorent la lenteur de leurs confrères à se joindre à eux.

Mais ces courageux champions du bien-être professionnel out trop la connaissance des hommes pour ne savoir point qu'uue idée rencontre des obstacles proportiounels à son excellence, même quand elle s'adresse à une caste par dessus toutes intelligente et éclairée, fût-elle coutumière des élans géuéreux. Aussi ne se laissent-ils pas atteiudre par le découragement et ont-ils mille fois raison.

Nous avous traversé les voies difficiles qu'ils doivent encore parcourir.

L'indifférence, le dédain, l'égoïsme qu'ils rencontrent et rencontrerout encore, nous les avons connus et reucoutrés, et pas plus qu'ils ne nous ont arrêtés, ils ne retarderont la marche de l'institution sœur, dont nous suivous le développement avec le plus sympathique intérêt. Sans être sorcier, on peut prévoir l'époque prochaine où, en France comme chez nous, le titre de médecin équivaudra à celui de membre de la Caisse des Pensions de retraite du Corps Médical français.

(Le Scalpel.)

II

Les médecins étrangers en Belgique.

Il y a des années que nous combattons cette manie désastreuse de nos gouvernants, qui se sont plus, à nous imposer, sans rime ni raison et coutrairement à tout esprit de justice, la concurrence de nombreux médecins étrangers, qui viennent à uotre détriment rançonner nos populations.

La saison des eaux est là et bientôt la danse va recommencer. On verra les allemands et les anglais débarquer sur nos plages et dans uos villes d'eaux, pour faire plus ou moins loyalement concurrence à nos confrères belges qui, pendant huit mois, ont végété, vécu de privations, et qui devraient avoir au moins le droit exclusif de donner des soins aux étrangers. Ce serait une juste compensation à la position si précaire qui leur est échue en dehors de la bonne saison. Ce ne serait d'ailleurs que justice, et le Corps Médical n'aurait plus ainsi l'écœurant regret de se voir injustement exploiter par l'étranger.

En France, comme en Belgique, la loi autorise le gouvernement à accorder à des médecins étrangers le droit de pratiquer dans tout le pays. Il en résulte également des abus contre lesquels le Corps médical réclame souvent. C'est par l'intermédiaire des agents diplomatiques que les dispenses sont sollicitées, et c'est aiusi que des gens, sans autre mérite que le savoir-faire, passent la frontière pour aller exploiter avec plus ou moins de vergogne les populations françaises.

Aussi s'occupe-t-on, chez nos voisins, de cette questiou : on espère obtenir une solution équitable. Ce que l'on voudrait, ce serait de ne permettre à tout médecin reçu à l'étranger, quelle que soit sa uationalité, l'exercice professionnel sur le territoire français, qu'à la condition d'avoir satisfait aux examens probatoires exigés par la législation française (examens de doctorat et thèse) et avoir obtenu l'équivaleuce de scolarité antérieure, tant au point de vue des inscriptions.

Tout cela ne serait que justice, et l'on élèverait ainsi une barrière que l'ignorance ni l'intrigue ne pourraient plus franchir.

Dans un de ses derniers numéros, la *Presse Médicale* a repris cette question. Elle relève avec vigueur le déni de justice dont le Corps médical Belge est victime par indifférence ou insouciance du gouvernement. Nous donnons sans réserve notre sanction à son article en le reproduisant.

« A plusieurs reprises nous avons protesté, dans ce journal, coutre la facilité réellement scandaleuse avec laquelle ou permettait à des médecins étrangers, n'ayant chez eux aucune notoriété, et ne possédant souvent pour toute science qu'une impudente audace et un savoir-faire de mauvais aloi, de pratiquer la médecine en Belgique, sans devoir subir la moindre épreuve sérieuse. Nous félicitons sincèrement M. le professeur Michaux, d'avoir profité de sa position de sénateur, pour présenter au Sénat belge les justes revendications du Corps Médical.

Voici comment s'est exprimé notre savant confrère, dans la séance du 19 avril 1886 : « Depuis longtemps, et à plusieurs reprises, je me suis élevé contre les autorisations accordées aux médecins étrangers, de pratiquer dans notre pays sans posséder les diplômes belges.

J'ai encore réclamé contre cet article dans la dernière session, lorsque nous avons prorogé pour deux années la loi sur l'enseignement supérieur. Je ne puis laisser passer l'occasion que m'offre la discus-

sion du budget de l'instruction publique, sans revenir un moment sur ce point.

La Belgique n'a pas besoin de médecins étrangers, elle n'en a que trop. Nos médecins en général sont très instruits ; toutes les spécialités sont représentées dans notre corps médical. Dans ce cas, à quoi bon autoriser à pratiquer des étrangers qui n'ont pas de diplôme belge ?

Ils ne sont d'aucune utilité aux malades. Ils viennent faire une concurrence souvent peu délicate à nos médecins dans des localités où ils rencontrent un grand nombre de leurs compatriotes. Par exemple, les médecins allemands viennent s'établir à Anvers, parce qu'ils y trouvent beaucoup de nationaux. A la saison des bains de mer, beaucoup d'Anglais et d'Allemands viennent à Ostende et à Blankenberghe; aussi voit-on des médecins anglais et allemands s'établir pour la saison dans ces villes de bains. Les médecins de ces localités se plaignent amèrement et avec raison de la concurrence qui leur est faite par des étrangers.

Je sais qu'aujourd'hui le gouvernement est beaucoup plus réservé pour accorder des autorisations. Je comprends que des savants étrangers, appelés en Belgique pour occuper une chaire de la Faculté de médecine d'une université, puissent être autorisés à pratiquer sans se soumettre à un examen ; que les médecins établis sur les frontières puissent par des conventions internationales exercer dans les deux pays ; que des étrangers éminents puissent venir faire une consultation ou une opération en Belgique ; mais ce que je n'admets pas, à part les exceptions que je viens de signaler, c'est que des étrangers ne possédant pas de diplôme belge soient autorisés à exercer dans notre pays. Aussi, je demande formellement que l'honorable ministre de l'intérieur et de l'instruction publique, lorsqu'il revisera, dans la prochaine session, la loi sur l'enseignement supérieur, insère dans la loi le système de réciprocité, en admettant les exceptions que j'ai citées.

Pourquoi donc accorder à des pays étrangers ce qu'ils nous refusent ?

Du reste, ces autorisations ne sont le plus souvent que des actes de camaraderie et de politesse diplomatique, qui ne sont d'aucune utilité pour le public et qui ne servent qu'à nuire aux intérêts de nos médecins.

Je termine en citant un article que j'ai lu, il y a quelques jours, dans les journaux.

« Londres, 4 mai.

« La Chambre des communes a adopté en deuxième lecture le projet de loi portant modification de la loi sur l'art de guérir. En ce qui concerne la qualification de l'examen des médecins, le projet porte que la reconnaissance des certificats des universités coloniales et étrangères n'a lieu que lorsqu'il y a entière réciprocité »

III

ÉPILOGUE DE L'AFFAIRE ALBENOIS.

Marseille le 8 mai 1886.

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous adresser ci-incluse la copie d'une lettre que j'adresse à Monsieur Villard, Président de l'Association locale des Bouches du Rhône, lettre qui constitue l'épilogue de ma malheureuse affaire avec l'Association Générale des médecins de France.

Il m'incombe maintenant un bien agréable devoir celui de vous faire part de mes vifs sentiments de gratitude pour le précieux concours que vous m'avez prêté dans une affaire où mon honneur d'homme et de médecin était sérieusement compromis.

Comme toujours, dans cette circonstance particulière, vous avez donné la mesure du bien qu'un homme peut faire, lorsqu'il s'agit de défendre un opprimé ou de faire cesser un abus.

L'œuvre que vous avez fondée est réellement bonne ; sa puissance est considérable précisément parce qu'elle s'appuie sur un esprit d'indépendance absolue. Si les avantages que vous avez réalisés en faveur du corps médical qui lutte et qui souffre sont considérables, nul doute que dans un avenir rapproché, ils ne s'accroissent. Personne ne le comprendra mieux que ceux qui, comme moi, en ont ressenti les bienfaits.

Aussi je ne puis trop vous témoigner ma reconnaissance et je garderai un durable souvenir du service que vous m'avez rendu.

Veuillez agréer

Dr Albenois

Nous avons demandé au docteur Albenois de ne pas reproduire le texte de sa lettre de démission. Elle est violente comme les sentiments que doit éprouver l'homme atteint injustement dans son honneur. Sa publication ne rendrait service à personne ; c'est affaire entre M. Villard et le Dr Albenois. Il nous suffit d'avoir pris quelque part au redressement d'une décision injuste.

REVUE DES JOURNAUX.

L'appareil génital des vieillards.

Notre collaborateur, le docteur E. Desnos a vu couronner par l'Académie des Sciences. (Prix Godard 1885) des recherches très précises dont voici les conclusions :

I° Le liquide renfermé dans les vésicules séminales des vieillards contient des spermatozoïdes dans la moitié des cas observés par nous.

II° L'âge, considéré d'une façon absolue, n'exerce pas une influence directe sur la présence ou l'absence de ces éléments. Il est même probable que la limite de l'âge au delà duquel on ne les rencontre plus, ne peut pas être fixée. Ce fait, déjà annoncé par Duplay et par Dieu, est confirmé par l'observation d'un vieillard de 94 ans chez qui nous avons trouvé des spermatozoïdes en assez grand nombre.

III° Dans la grande majorité des cas, l'absence des spermatozoïdes d'une vésicule est liée à l'oblitération des voies séminales correspondantes.

IV° Cette oblitération siège rarement dans le canal déférent ; ordinairement, les canaux de l'épididyme sont oblitérés, le plus souvent vers la queue.

Vº Leur oblitération ne nous paraît sous la dépendance ni de l'âge, ni de l'état athéromateux des artères ni d'un épanchement liquide périphérique, mais elle reconnaît pour cause première le développement exagéré des veines du cordon et, en particulier, du faisceau postérieur ou funiculaire.

VIº Cette dilatation veineuse commence à un âge peu avancé (60 à 65 ans, quelquefois plus tôt). Elle se poursuit dans les veines péri-épididymaires, et de proche en proche jusque dans celles du parenchyme.

VIIº Il en résulte une obstruction, mécanique d'abord, des canaux spermatiques ; mais bientôt il se produit un accollement de conduits de l'épididyme et l'atrophie est le dernier terme de ce processus.

VIIIº Le testicule s'atrophie chez le vieillard ; diverses causes peuvent être invoquées : peut-être la dilatation des veines du faisceau antérieur du cordon, mais surtout l'épanchement de sérosité dans la vaginale, très fréquent chez les vieillards.

IXº Cet épanchement séreux, sans être indépendant d'un œdème généralisé, ne lui est pas proportionnel ; il reconnaît pour cause, soit la présence dans la cavité vaginale d'un corps fibreux, libre ou pédiculé, soit un épaississement des culs-de-sac supérieurs de la vaginale qui forme obstacle à la circulation en retour.

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

Traitement de l'iritis.

On cherchera surtout à éviter les synéchies, ou à les rompre si elles existent ; d'où l'emploi de l'atropine qui dilate la pupille.

On instillera dans l'œil tous les 3 heures 2 à 3 gouttes de la solution suivante :

Sulfate neutre d'atropine. . . 0,10 cent.
Eau. . . . . 10 gr.

Des instillations aussi fréquentes peuvent amener des *phénomènes toxiques* (sécheresse de la gorge, hallucinations) ; dans ce cas on ferait des injections sous-cutanées de morphine, en même temps qu'on prescrirait du café noir en gargarisme. On peut encore remplacer l'atropine par la duboisine qui s'emploie aux mêmes doses et de la même façon, mais ne présente pas les mêmes inconvénients. Elle semble moins active que l'atropine. Au moment des instillations il sera toujours bon de comprimer le sac lacrymal pour éviter la pénétration du collyre dans le fosses nasales et dans la gorge.

On agira contre l'élément douleur :

1º En faisant des frictions autour de l'orbite avec pommade suivante qui aura, en outre, l'avantage d'aider à la dilatation pupillaire :

Extrait de belladone. . . . . 5 grammes.
Ongueut mercuriel.. . . . . 15 —

2º En appliquant quelques saugsues à la tempe (surtout au début) ;

3º En maintenant sur l'œil des cataplasmes chauds ou des compresses faites avec une infusion chaude de belladone ou de jusquiame ;

4º En pratiquant des injections de morphine et en donnant le chloral à l'intérieur.

Si les exsudats sont abondants, même si le malade n'est pas syphilitique, on fera des frictions mercurielles tous les jours (en interrompant suivant les règles), avec 4 grammes d'onguent napolitain et on donnera de 0,50 c. à 2 grammes d'iodure de potassium par jour.

Le repos au lit est souvent utile.

On se trouvera bien de quelques purgatifs.

Si l'iritis est d'origine syphilitique, on prescrira tous les jours une ou deux pilules de 0,05 centigrammes de proto-iodure de mercure ou de 1 à 2 centigrammes de sublimé, ou bien le sirop Gibert de selon la période de la syphilis.

Si *l'iritis est d'origine rhumatismale*, on donne 3 à 6 grammes de salycilate de soude par jour.

Si l'affection tend à devenir *chronique*, il faut insister sur tous ces moyens et spécialement sur les altérants.

Dans tous les cas il faudra soustraire l'œil au contact de la lumière.

A. Trousseau
(*Manuel de thérapeutique oculaire usuelle*).

NOUVELLES

Au cours de la séance du 21 juin de la Chambre des députés, M. Colfavru a déposé une proposition ayant pour objet d'étendre à toutes les professions, et notamment aux professions dites libérales, le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Le Conseil général des Facultés de l'Académie de Nancy a émis le vœu que les étudiants, après une année de service, fussent admis à continuer leurs études, à condition d'avoir satisfait aux examens militaires. Ils pourraient, pendant les vacances, être appelés, pour une période d'instruction militaire.

La souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur s'élèvent à ce jour à 1,060384 fr, 08.

Le gouvernement russe a donné une somme de 100,000 francs.

Les journaux russes annoncent qu'on doit créer prochainement, à Moscou, une université privée exclusivement réservée aux femmes. Cette université comprendrait trois facultés : philologie, mathématiques et sciences naturelles ; à cette dernière seront rattachés des cours de médecine.

Dans la séance du 18 juin du Conseil municipal de Paris ; M. Robinet, au nom de la commission sanitaire, a déposé une proposition invitant l'Administration à préparer d'urgence, d'accord avec l'Administration de l'Assistance publique, un projet d'organisation du Musée municipal d'hygiène. L'exposition actuelle de la caserne Lobau en fournirait les premiers éléments, et le musée serait installé dans l'ancienne église de Saint-Julien-le-Pauvre. Cette proposition a été renvoyée, à l'administration locale.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène à l'école à l'usage des écoles normales, des instituteurs, des délégués cantonaux, des maires et des autorités scolaires, par MM. J. Bach, docteur en médecine, délégué cantonal, et A. Boutrois, inspecteur de l'Enseignement primaire, Paris, Picard-Bernheim et Cie, 11, rue Soufflot.

Le Directeur Gérant : A. CÉZILLY.

Paris. — Typographie J. Leclerc, 14, rue Delambre.

Huitième année — N° 27 — 3 Juillet 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Nous avons inséré aux nouvelles, dans notre précédent numéro, la proposition faite au Parlement par M. Colfavru, de déclarer applicable aux professions libérales le bénéfice de la loi sur les syndicats professionnels. Cette nouvelle proposition vient à l'appui de celles qui sont émanées d'autres députés tels que M. Lyonnais, M. le Dr Dupuy (de Vervins). Nous avons eu récemment l'occasion de causer longuement avec un député étranger au corps médical et qui représente assez exactement l'opinion moyenne de la Chambre; or notre interlocuteur nous a donné l'assurance que la plupart de ses collègues étaient tout disposés à voter les divers projets de loi et amendements dans le sens de l'interprétation la plus large et la plus libérale de la loi sur les syndicats. La précédente Chambre n'avait pas soupçonné que la profession médicale pût être mise hors de la loi relative aux syndicats, et la Chambre actuelle est prête à redresser l'injuste interprétation qui en a été faite par la magistrature. Nous doutons donc moins que jamais du succès final de nos revendications; il ne nous reste plus qu'à souhaiter que la Chambre, écartant pour quelque temps les questions politiques pures, veuille bien consacrer quelques séances à l'examen des questions d'affaires. Si nos lecteurs et correspondants peuvent agir dans ce sens auprès des députés qu'ils connaissent, ils contribueront à faire avancer le jour de la réussite.

Puisque nous en sommes à parler du Parlement, nous donnerons quelques renseignements sur les dispositions relatives au corps de santé militaire qui sont contenues dans le projet de loi du général Boulanger. — On lit dans l'exposé des motifs (p. 24) : « *Service de santé* : La principale modification apportée par le projet à l'organisation du service de santé consiste dans la *suppression du corps spécial des pharmaciens militaires*. Cette suppression se fera, d'ailleurs, par voie d'extinction et en sauvegardant tous les intérêts des pharmaciens actuels.

« Les emplois de pharmacien peuvent être remplis par les médecins qui ont dirigé plus particulièrement leurs études vers les sciences physiques, chimiques et naturelles. Depuis la création du corps des pharmaciens militaires, la plupart de ceux qui ont occupé le plus haut échelon de la hiérarchie étaient docteurs en médecine et ne possédaient pas le diplôme de maître en pharmacie. »

En parcourant les articles, nous trouvons la confirmation de ce principe de la suppression des pharmaciens : « Art. 166. Le corps des médecins militaires a pour mission d'assurer le fonctionnement du service de santé dans les corps de troupes et établissements, *y compris la fourniture des approvisionnements médicaux et pharmaceutiques*.

Ce corps a une hiérarchie propre, réglée ainsi : médecin aide-major de 3e classe correspondant à sous-lieutenant ; — médecin aide-major de 2e classe, à lieutenant en second ; — médecin aide-major de 1re classe, à lieutenant en premier ; — médecin major de 2e classe, à capitaine ; — médecin major de 1re classe, à commandant ; — médecin principal de 2e classe, à lieutenant-colonel ; — médecin principal de 1re classe, à colonel ; — médecin inspecteur, à général de brigade.

Les médecins aide-majors de 3e classe se recrutent parmi les médecins stagiaires de l'école d'application de médecine militaire ; ces médecins stagiaires se recrutent parmi les élèves de santé militaires pourvus d'un diplôme de docteur en médecine.

L'article 167 porte que les officiers d'administra-

tion du service de santé sont sous les ordres des médecins militaires ; que les établissements hospitaliers sont, comme les corps de troupe, administrés par un conseil d'administration responsable envers l'Etat et que préside le médecin en chef.

Si nous examinons en quoi le cadre constitutif du corps de santé militaire différera dans le projet de loi Boulanger de ce qu'il est actuellement, nous trouvons que, actuellement, l'armée compte 1,300 médecins militaires et 185 pharmaciens militaires ; tandis que, d'après le projet Boulanger, il n'y aura plus de pharmaciens et le nombre des médecins sera porté à 1,400, ainsi décomposés : 10 médecins inspecteurs, 45 médecins principaux de 1re classe, 55 médecins principaux de 2e classe, 300 médecins majors de 1re classe, 500 médecins majors de 2e classe, 290 médecins aide-majors de 1re classe, 100 médecins aide-majors de 2e classe, 100 médecins aide-majors de 3e classe.

On sait que le Conseil municipal n'a accordé pour l'Institut Pasteur que 2,500 mètres de terrain, au lieu de 5,000 mètres que proposait la commission, encore cette concession ne serait-elle faite que pour 30 ans. Nous croyons savoir que le comité directeur de l'Institut Pasteur n'a pas cru devoir accepter une concession faite dans de telles conditions. D'une part, les 2,500 mètres sont tout à fait insuffisants comme étendue. De l'autre, il est impossible de songer à élever pour 800.000 francs de constructions sur un terrain qui devrait faire retour à la ville dans 30 ans. Aucun particulier n'entreprendrait avec ses deniers une affaire de ce genre, et il est inadmissible qu'un comité qui a la responsabilité morale de l'emploi des sommes à lui confiées par les souscripteurs, les gère moins prudemment que ne le ferait un père de famille. Le Conseil municipal, lorsqu'il aura connaissance du refus solidement motivé du comité de l'Institut Pasteur, comprendra peut-être qu'il a été mal conseillé dans cette circonstance par la cabale anti-pastorienne, aussi bruyante que peu instruite, qui s'est formée dans son sein.

Quant à nous, qui croyons que l'avenir de beaucoup d'œuvres utiles doit dépendre beaucoup plus de l'initiative privée que de la générosité des pouvoirs publics, nous serions satisfaits de voir l'Institut Pasteur édifié et entretenu uniquement par les dons volontaires. Son édification est désormais assurée par l'importance de la somme encaissée ; et, quand il aura commencé à fonctionner, les services qu'il rendra seront assez appréciés par le public pour que bien des citoyens riches et éclairés tiennent à honneur de contribuer à son entretien.

Nos lecteurs ont lu, dans de précédents numéros, des lettres relatives à la suppression de l'officiat : deux de nos correspondants, on s'en souvient, étaient d'opinions divergentes. Pour ne pas éterniser la polémique, nous resumons le sens d'une dernière lettre emanant de notre correspondant qui signait 2-93. Notre correspondant continue à penser que, « si l'on fait une loi pour supprimer l'officiat, en ne laissant plus subsister que le titre de docteur, aux yeux du public cette loi proclamera l'inutilité des officiers de santé, et qu'il y aura de ce fait un préjudice grave causé aux survivants. »

Il nous semble que le deuxième terme de cette proposition ne découle pas nécessairement du premier. De ce que la loi proclamera l'inutilité de deux ordres de médecins, il ne s'ensuit pas qu'elle accusera les officiers de santé existants d'être de mauvais médecins. Les clients qui sont soignés par un officier de santé ont toujours su qu'il avait fait des études moins longues que les docteurs, mais le public n'attache guère d'importance à la nature du diplôme ; lorsqu'un médecin a inspiré confiance par son dévouement attentif, la correction de son attitude et l'heureux résultat de sa pratique, ce n'est pas une disposition législative nouvelle qui diminuera cette confiance ; notre correspondant peut se tranquilliser sur ce point.

D'ailleurs, bien que nous ne soyons pas disposés à accepter avec lui que la loi nouvelle doive être, comme il le dit, « une loi de *déchéance* pour les officiers de santé », nous lui accorderons qu'il sera juste d'en atténuer les effets (si effets fâcheux il y a pour les officiers de santé existants) dans des limites raisonnables. »

Quant à obliger des hommes de 50 ans à subir des épreuves « sur toutes les matières théoriques qu'on demande à l'Ecole au sortir du collège », il est évident que cette pensée ne viendra pas aux législateurs ; mais il y a un juste milieu à trouver que la discussion parlementaire mettra en lumière.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Anesthésie chirurgicale par suggestion (1).

Voici un fait des plus curieux, qui montre combien, dans quelques circonstances tres rares, le chirurgien peut tirer parti d'un état nerveux prononcé. Déjà Braid et Egdaile avaient pu produire, par l'hypnotisme, une anesthésie suffisante pour permettre de grandes opérations.

Récemment, le Dr Pitres a montré d'une façon positive la puissance de la suggestion et a pu faire ouvrir sans douleur un abcès sur une malade de son service. C'était une hystérique facile à hypnotiser et à suggestionner, un bon sujet en un mot ; elle était hémianesthésique à droite. Sur sa cuisse gauche, se développa un petit phlegmon très douloureux, consécutif à une piqûre de morphine avec un instrument probablement mal tenu. L'abcès était le siège d'élancements et on ne pouvait y toucher sans provoquer les cris et les gémissements de la malade, qui refusait absolument de le laisser ouvrir.

Le Dr Pitres se proposa le programme suivant : endormir la malade par hypnotisme ; puis lui intimer l'ordre de laisser ouvrir l'abcès, et ne pas sentir la

(1) Pitres. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1886, nº 46.

douleur au niveau de la cuisse au moment de l'incision, ni après.

L'expérience réussit pleinement. La malade fut endormie par la fixation du regard, on lui donna la suggestion convenue, puis on la réveilla. Alors le Dr Boursier, s'armant d'un bistouri, incisa couche par couche la paroi de l'abcès; il sortit bientôt un verre de pus crèmeux et rougeâtre; il comprima ensuite fortement les bords de l'abcès et fit les manœuvres habituelles de lavage et de pansement. Or, pendant tout ce temps, la patiente regardait tout en souriant, elle affirmait ne pas éprouver la moindre douleur et même manifestait son étonnement de voir ouvrir, sans souffrir aucunement, un abcès dont elle avait tant souffert auparavant.

Pathogénie de l'ostéomyélite (1).

On considère aujourd'hui, comme parfaitement démontrée la nature infectieuse de l'ostéomyélite, le *typhus des membres* de Chassaignac, l'ancienne *périostite phlegmoneuse diffuse*. La marche fébrile de la maladie, l'état général rapidement grave qui l'accompagne, les complications viscérales de néphrite, péricardite, qui l'aggravent sont des caractères suffisants de spécificité. Comme les autres maladies infectieuses, l'ostéomyélite est produite par des éléments spécifiques, des micro-organismes.

M. Pasteur, en 1880, sur un malade du service de M. le professeur Lannelongue, découvrit dans le pus un microbe semblable à celui du furoncle et de l'anthrax. On a cru d'abord que ce micro-organisme, le *staphylococcus pyogenes aureus*, était le seul capable de produire l'ostéomyélite ; aujourd'hui, il résulte des constatations que l'on a multipliées dans un grand nombre de cas que le coccus aureus n'existe point seul dans le pus osseux, qu'il ne se rencontre même à l'état isolé que dans les cas les plus bénins.

Kraske (de Fribourg, en Brisgau) a rencontré, à côté de lui, d'autres variétés de microbes, le staphylococcus albus, le streptococcus pyogène, même des bacilles. Tous les cas où ces microbes se montraient avec l'aureus, étaient de la plus haute gravité ; aussi il pense qu'il faut faire entrer parmi les éléments du pronostic la présence des microbes d'espèces variées révélant des intoxications, des infections multiples, quoique souvent simultanées.

On peut conclure de tous ces faits que :

1° L'ostéomyélite aiguë peut être provoquée par tout microbe pyogène.

2° Que le staphylococcus aureus peut, et cela souvent, la provoquer à lui seul chez l'homme.

3° Que la constatation d'autres microbes à côté de lui, tels que le staphylococcus albus ou le streptococcus, indique une affection dont le pronostic est très grave.

Mais, le principe morbide étant connu, par où s'introduit-il dans l'organisme ? Les voies d'introduction sont-elles multiples et comment se fera la détermination locale qui produira le foyer d'ostéomyélite ?

Les voies d'introduction sont nombreuses, mais d'efficacité variable ; nous avons la peau, les muqueuses pulmonaire et digestive.

Un garçon de 14 ans, raconte Kraske, a un furoncle à la lèvre inférieure ; quelque temps après, une ostéomyélite se déclare et le fait succomber.

Un enfant de 12 ans, très bien portant (Verneuil) est atteint d'un anthrax qui dure deux mois et demi ; quelque temps après, il est pris de fièvre, de douleurs rachidiennes, une gibbosité se produit, accusant une ostéomyélite vertébrale.

Depuis plusieurs années, M. Lannelongue recherche cette porte d'entrée des microbes ostéomyélitiques. Dix-sept fois déjà il a trouvé, dans les semaines, les jours qui ont précédé la maladie, des lésions, ulcérations ou autres qui sont les défauts de la cuirasse. Un jour, il a vu de gros abcès sous-périostiques chez un enfant atteint de gourmes suppurantes du cuir chevelu. Récemment il voyait succomber un poulain avec tous les signes d'une ostéomyélite crânienne; il avait présenté d'importantes ulcérations buccales. Il tend aujourd'hui à admettre que l'on trouve presque toujours une solution de continuité cutanée ou muqueuse. Cependant avec MM. Trélat et Verneuil, il est bon d'observer que, parmi tous les sujets qui suppurent, un bien petit nombre est atteint d'ostéomyélite, et de plus qu'il n'y a pas toujours une relation topographique évidente entre le foyer osseux et la porte d'entrée suspectée.

Les microbes pathogènes peuvent encore pénétrer dans la circulation par la voie intestinale ; plusieurs fois Kocher a fait observer que l'ostéomyélite était précédée de troubles graves du tube digestif, entérite folliculeuse des enfants, fièvre typhoïde. L'angine tonsillaire, phlegmoneuse qui verse dans l'arrière-gorge un grand nombre de staphylococci aurei devrait être soigneusement recherchée.

La muqueuse pulmonaire est aussi une voie d'introduction favorable ; d'après Luecke, le catarrhe bronchique précède souvent l'ostéomyélite et dans un fait très curieux, Kraske a constaté dans le poumon hépatisé d'un enfant ayant succombé aux accidents simultanés du côté du squelette et du poumon, que les lésions de celui-ci ne contenaient point de microbes pneumoniques, mais le staphylococcus aureus.

Mais étant connues ces portes d'entrée, comment se fait la détermination locale ? — On connaît aujourd'hui par les curieuses expériences de Max Schuller et de Rodet (de Lyon), l'influence du traumatisme. On inocule à des animaux des cultures de microbes d'ostéomyélite, on produit chez ces mêmes animaux, en puissance d'infection, une entorse, une fracture incomplète juxta-épiphysaire et il se développe une phlegmasie spécifique au point blessé. Chez l'enfant bien souvent on trouve une entorse, un coup dans les antécédents immédiats de la maladie. Il faut admettre alors que, au moment où il a reçu le traumatisme, il était en puissance d'infection. C'est là que gît le point le plus délicat du problème, car il est bien difficile de connaître et aussi d'expli-

(1) Société de chirurgie, 9 et 16 juin 1886, et XVme Congrès des chirurgiens allemands, 7 avril 1886.

quer dans nombre de circonstances les causes et les effets du parasitisme latent qui peut frapper tout individu qui présente quelque cause d'affaiblissement.

Traitement antiseptique de l'Anthrax (1)

L'anthrax est la conséquence de l'introduction dans les follicules pilo-sébacés d'un microbe aujourd'hui bien connu le *coccus aureus*. L'expérience célèbre de l'assistant de Socin (de Bâle) en est une preuve convaincante : sur la peau de son avant-bras il fit une friction avec une culture de coccus aureus et vit se développer un anthrax sérieux et étendu. Il est donc rationnel d'appliquer la méthode antiseptique au traitement de cette maladie.

Quand les lésions sont profondes, et que des abcès sont formés sous la peau, il faut largement inciser soit au bistouri, soit au thermo-cautère, favoriser l'évacuation du pus et panser au moyen de substances antiseptiques. Quand les lésions sont peu avancées, on peut les faire avorter et enrayer même la marche du mal. M. Mollière recommande cette méthode, dans le traitement de l'anthrax de la lèvre qui est parfois si grave à cause de ses complications. Après avoir fixé solidement la tête, il exerce sur la lèvre malade des pressions légères et répétées, tandis qu'on y projette une solution de sublimé au millième. On fait ainsi sortir du pus, des bourbillons, mais pas de sang. On recouvre ensuite toute la partie malade d'une pâte d'acide borique maintenue avec un peu de coton salicylé et une bande de tarlatane. Au bout de 24 heures toute douleur a ordinairement disparu ; on renouvelle le pansement et on chasse de nouveaux bourbillons au moyen de pressions modérées. Tous les jours on renouvelle l'application du topique à l'acide borique et en 10 ou 12 jours l'anthrax est totalement guéri.

Diagnostic et Traitement du Glaucome (2).

Le glaucome est une des maladies du globe oculaire avec laquelle tout praticien doit être familiarisé, non seulement à cause du diagnostic et du traitement, mais encore parce qu'il faut savoir que certaines substances employées dans la pratique d'une façon un peu aveugle peuvent aggraver rapidement la maladie. Dans le glaucome avancé, la maladie est facile à reconnaître. l'œil a la dureté d'une bille de marbre, la pupille est dilatée, verdâtre et immobile, le champ visuel est diminué notablement, l'acuité visuelle abaissée. Quelquefois même, il y a une injection périkératique et la cornée est dépolie et douloureuse.

Mais le début n'est pas toujours aussi net ; souvent, depuis longtemps, les sujets remarquent un abaissement léger de la vision dans les lieux obscurs : autour des lumières, autour de la flamme d'une allumette, au milieu de la nuit ils voient un halo coloré, des irisations. La presbytie augmente d'une façon rapide ; et si on examine l'œil, on observe une légère paresse de la pupille. Devant tous ces signes, si surtout on a affaire à un sujet athéromateux, à une femme au moment de la ménopause, il faut se méfier et surtout se garder de certains collyres. Il est nécessaire, en effet, de se rappeler que l'instillation d'une seule goutte d'atropine peut produire une aggravation irrémédiable dans un œil atteint de prodromes glaucomateux. La cocaïne, elle-même, peut amener des effets aussi graves que l'atropine.

Quel traitement faut-il instituer ? Chez les arthritiques, les alcooliques, il faudra toujours faire suivre un régime approprié à leur état général ; maintenir la liberté du ventre, recommander beaucoup l'exercice au grand air.

L'ésérine est le médicament le plus nettement indiqué et on s'assurera de son action en observant si, après son instillation, les visions colorées et les halos diminuent.

Pour M. le professeur Panas même, les myotiques ne sont pas seulement des palliatifs, mais encore des agents curatifs véritables ; toujours auxiliaires utiles des opérations destinées à combattre le glaucome, ils sont très efficaces dans les cas qui résistent à l'action chirurgicale. Voici les deux formules que M. Panas recommande le plus :

Eau distillée..................	5 grammes
Sulfate d'ésérine............	0,05 centigr.

Eau distillée..............	5 grammes
Nitrate de pilocarpine	0,10 centigr.

M. Javal recommande, au lieu de collyre, l'emploi de rondelles gélatineuses contenant chacune un centième de milligramme d'ésérine et il en applique jusqu'à deux par jour.

Les deux opérations opposées au glaucome quand les accidents ne cessent pas par l'action de l'esérine sont la *sclérotomie* et *l'iridectomie*. MM. Masselon et Galezowski pratiquent beaucoup la première de ces opérations destinée à diminuer la tension de l'humeur vitrée. Ils pratiquent une incision de 5 à 6 millimètres dans le segment postérieur du globe oculaire, en arrière du corps ciliaire entre les muscles droit inférieur et droit externe ; M. Galezowski la fait entre le droit supérieur et le droit externe.

M. Javal préfère, dans tous les cas, l'iridectomie. Mais avant de procéder à cette opération, à laquelle il ne faut recourir qu'à bon escient, on peut, si les accidents pressent, débrider hardiment la coque oculaire, comme le recommande Parinaud, au moyen d'une ponction au bistouri entre le droit interne et le droit inférieur. Mais toujours il faut s'abstenir d'atropine et de cocaïne, sauf quand on pratique l'iridectomie.

Dr BARETTE.

(1) *Lyon Médical*.

(2) Javal. — Leçon au laboratoire d'ophthalmologie de la Sorbonne. — Masselon et Galezowski. — Congrès d'ophthalmologie. Panas. — Académie de médecine, 15 juin 1886.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 29 Juin).

Parmi les pièces de la correspondance, signalons deux lettres de candidature, l'une de M. le Dr Duguet, pour la section de pathologie médicale; l'autre de M. le Dr Peyraud, au titre de membre correspondant.

L'Académie de médecine a procédé à l'élection d'un associé étranger : *sir James Paget*, de Londres, a été élu par 57 voix contre 5 données à M. Van Beneden, de Bruxelles.

Pour la place de correspondant national qui était vacante dans la première division, M Mahé, de Constantinople, a été nommé par 42 suffrages contre 7 donnés à M. Grasset, de Montpellier, et 5 à M. Carlet, de Grenoble.

Puis M. le Dr *Terrillon* a fait une communication sur un cas de fibrôme volumineux et kystique de l'abdomen opéré avec succès par l'**hystérectomie abdominale.**

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 28 juin.

M. Serge *Lewachew* a communiqué le résultat de ses recherches sur l'**influence que les nerfs exercent sur la production de la lymphe.** Lorsque par une influence nerveuse quelconque la circulation sanguine se trouve modifiée d'une manière importante dans une partie, il se produit toujours aussi des variations dans l'écoulement de la lymphe.

M. *Pierret* a fait connaître dès 1879 l'existence d'une névrite siégeant sur la portion périphérique des nerfs, chez les malades atteints de tabes dorsal et ayant présenté pendant la vie des troubles sensitifs et trophiques de la peau ; il concluait qu'on doit, dans le tabes, tenir compte de deux foyers d'irritation : l'un périphérique, l'autre central, situé dans la moelle, le bulbe ou la moelle allongée et il opposait pour ainsi dire les deux modes de début du tabes sensitif et du tabes moteur.

Des recherches plus récentes ont montré à M. Pierret que les névrites périphériques cutanées sont très fréquentes chez les tabétiques, mais qu'elles ne sont pas absolument constantes, et qu'elles peuvent même guérir chez des tabétiques francs, atteints de sclérose postérieure spinale confirmée et sans complications. La preuve de cette guérison a été fournie par une autopsie dans laquelle une rénovation des tubes nerveux cutanés a été constatée.

La lésion périphérique cutanée n'est donc peut-être que la traduction à distance de l'irritation inflammatoire des zones sensitives des centres, puisque celle-ci ne guérit jamais tout en restant susceptible de rémissions plus ou moins longues.

Les symptômes souvent si pénibles imputables à la névrite périphérique seraient donc peut-être accessibles à la thérapeutique et on s'expliquerait par la modification heureuse de la névrite, l'action bienfaisante empiriquement prouvée de certaines eaux thermales sur le tabes.

M. Pierret conclut encore que la coexistence d'une lésion centrale et d'une lésion périphérique avec intégrité des conducteurs intermédiaires est une notion qui doit prendre place dans la science.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 25 juin).

Nouvelle médication des états typhoïdes, par l'acide benzoïque et l'acide salicylique. — Pneumonie lobaire à foyers successifs. — Tolérance pour l'opium à doses rapidement croissantes. — Corne du cuir chevelu.

M. Robin fait la critique de la médication antipyrétique telle qu'elle est généralement employée et propose de lui substituer une nouvelle médication applicable aux états typhoïdes, dans lesquels le danger résulte de ce que l'organisme est encombré de résidus organiques incomplètement oxydés. Si ces résidus s'éliminent difficilement, c'est qu'il sont très peu solubles dans les humeurs de l'économie. Or il existe des médicaments qui, en se combinant aux résidus azotés de l'organisme, les rendent plus solubles et par suite en favorisent l'élimination. Telle est la théorie de la méthode que M. Robin désigne sous le nom de solubilisation par combinaison. Les médicaments solubilisants sont surtout l'acide salicylique et l'acide benzoïque qui, en se combinant avec des radicaux azotés, tels que le glycocolle, passent dans les urines à l'état d'acide salicylurique et d'acide hippurique.

M. Robin a essayé d'abord l'action physiologique de l'acide benzoïque et des benzoates, de soude surtout, sur les combustions, en les administrant à des individus bien portants soumis préalablement pendant quelques jours au régime d'entretien. Il a constaté que sous l'influence de ces médicaments les matériaux solides diminuent légèrement dans les urines, que l'urée s'abaisse beaucoup et que par suite il y a diminution du rapport de l'urée aux matériaux solides. On pourrait être tenté d'attribuer par conséquent à l'acide benzoïque le rôle de modérateur des combustions, mais ce n'est là qu'une apparence; en réalité, les combustions ne diminuent pas, mais l'acide benzoïque entraîne au dehors une partie du combustible. Ayant ensuite administré l'acide benzoïque à cinq typhiques, M. Robin a vu augmenter les matières solides et l'urée dans leurs urines. Le même résultat est obtenu par l'acide salicylique et ses sels.

Outre ces médicaments, il y a d'autres corps qui se transforment en acide benzoïque et fixent de l'azote en traversant l'économie. Tels sont le toluène, le xylène, etc., l'acide toluique, l'éthyl et la propylbenzine, certains dérivés chlorés et nitrés de l'acide benzoïque, etc. On pourra désormais chercher à les utiliser en thérapeutique. Il en est qui, comme les acides métanitro et métachlorobenzoïque, ne peuvent servir parce qu'ils sont trop peu solubles; mais M. Robin a tiré quelques avantages de l'emploi

de l'acide méthylsalicylique, qui, moins hypothermisant que l'acide salicylique, est aussi moins nocif pour les centres nerveux ; si on administre 6 grammes de cet acide, on retrouve dans les urines 4 grammes seulement d'acide méthylsalicylurique. L'acide anisique, qui s'élimine à l'état d'acide anisurique, a été employé à la même dose ; il a l'inconvénient d'être faiblement soluble, il n'abaisse que peu la température. L'acide phénylacétique, employé aussi à 6 grammes, se retrouve à la dose de 4 à 5 grammes dans les urines sous la forme d'acide phénacéturique.

M. Robin pense qu'il ouvre une voie nouvelle à la thérapeutique de la fièvre typhoïde et de tous les états typhoïdes, qui, lorsqu'ils apparaissent au cours des pyrexies, sont le résultat de la rétention dans les tissus de déchets incomplètement oxydés.

M. Renaut lit une observation de pneumonie lobaire à foyers successifs, au cours de laquelle trois foyers de râles crépitants et de souffle furent successivement constatés, deux dans le poumon droit et un dans le gauche. M. Renaut écarte les hypothèses de congestion pulmonaire et de broncho-pneumonie en se basant sur la marche de l'affection, en particulier sur la défervescence brusque.

M. Rendu se demande s'il ne s'agissait pas d'une localisation de la grippe sur l'appareil respiratoire ; on connaît depuis longtemps les faits de pneumonie serpigineuse ou, comme le disait Gueneau de Mussy, érysipélateuse, sans lui attacher la signification d'érysipèle du poumon.

M. Renaut pense qu'il s'agissait bien de foyers isolés et distincts de pneumonie, car entre eux existaient des zones de séparation très nettes au niveau desquelles on n'entendait aucun signe stéthoscopique morbide, pas même de bronchite.

M. R. Moutard-Martin a dans son service un homme de 50 ans atteint de bronchite tuberculeuse. On lui avait prescrit d'abord 0,10 centigr. d'extrait thébaïque chaque jour, pendant un mois, puis 0,15 et 0,20 centigr. A partir de ce moment, en augmentant chaque jour de 5 centigr., on a élevé en cinq jours la dose quotidienne d'opium à 0,45 centigr., sans que le malade ait eu ni rétrécissement pupillaire, ni constipation, ni sécheresse de la langue ; la toux a diminué à peine ; le malade ne dort que cinq heures par nuit et n'a aucune somnolence diurne. Le médicament est donné en potion sous les yeux même de la surveillante.

M. Rendu pense qu'il serait bon d'acheter de l'extrait thébaïque dans une bonne pharmacie de la ville et de le donner graduellement, aux mêmes doses, à ce malade pour s'assurer que la prétendue tolérance n'est pas explicable par la mauvaise qualité de l'extrait thébaïque des hôpitaux.

M. Desnos pense qu'en général les médicaments de cet ordre livrés par l'administration sont de bonne qualité. Il rappelle la tolérance si excessive de certains morphiomanes ; un malade de M. Hérard prenait 2 grammes de morphine par jour en injections sous-cutanées.

M. Seveste a vu un malade qui en absorbait 1 gr. 50.

M. Moutard-Martin connaît bien ces faits, mais le point qui lui paraît curieux chez son malade, c'est la rapide et inoffensive augmentation de la dose, puisqu'en 5 jours on l'a portée de 0,20 à 0,45 centigrammes.

M. Vidal présente une production cornée spiroïde de 21 centimètres de long enlevée du cuir chevelu d'une femme par M. Dubrandy (d'Hyères). Les cas de ce genre ne sont pas communs ; il a vu pourtant chez un même sujet plusieurs cornes et quatre loupes du cuir chevelu. Deux de ces kystes sébacés s'étant ulcérés, une production cornée s'était mise à pousser dans le fond de l'ulcération.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I.

Toujours à propos du projet de loi Chevandier.

Monsieur le directeur,

L'an dernier, à peu près à pareille époque, à propos du projet de loi Chevandier, j'exprimais cette opinion que l'aggravation de peines qu'il propose contre l'exercice illégal de la Médecine ne parviendrait pas à nous protéger efficacement contre les irréguliers de la profession, que notre soi-disant monopole devenait de plus en plus difficile à défendre et que, comme tous les autres monopoles, il était appelé à tomber dans un délai plus ou moins rapproché, et qu'en conséquence, ce que les médecins avaient de mieux à faire, c'était d'en provoquer eux-mêmes l'abolition et de réclamer hautement et hardiment « le libre exercice de la médecine ».

Vous trouviez à cette époque, Monsieur le Directeur, que *ma pendule avançait un peu*. Or, avez-vous remarqué l'article du *Figaro* du 26 mai dernier intitulé *Langues coupées* et signé Ignotus. Il paraît que le monopole des avocats est sérieusement menacé et qu'il est question de le supprimer. L'auteur de l'article plaide en faveur du maintien et il donne, pour justifier sa manière de voir, de très bonnes raisons, qui peuvent s'appliquer aussi bien aux médecins qu'aux avocats et que les partisans du monopole de la médecine ne manqueront pas de reprendre le cas échéant, le jour où ils seraient à leur tour menacés. Or ce jour serait proche, d'après Ignotus, car il dit : « Déjà les médecins « doivent prendre garde. Après les avocats viendra « le tour des docteurs. On va faire une loi en faveur « de la liberté de la médecine. »

Eh bien, franchement, Monsieur, elle ne m'effraie pas du tout votre loi. Pour ma part, j'en ai assez de l'ancienne, qui me confère soi-disant un privilège, qui, en tout cas, me le fait payer très cher et qui, en définitive, en fait de monopole, ne me laisse que celui des désagréments et des charges de la profession. Est-ce l'empirique, le charlatan ou le

magnétiseur qui visite les malades dans les cas pressants, au milieu de la nuit, par les mauvais temps et dans les pays perdus ? Non, ces messieurs attendent leurs clients, tranquillement, les pieds sur les chenets et les reçoivent à leurs heures. Est-ce le médecin honnête et consciencieux qui s'enrichit ? Est-ce le charlatan qui, en pleine épidémie, succombe à la tâche et laisse une veuve et des orphelins sans ressources ?

A chacun son tour ; avec le libre exercice de la médecine, le vrai médecin aura plus de temps à donner à ses malades ; il pourra surtout faire parmi ceux-ci un choix judicieux, et il n'aura plus l'obligation morale de céder aux exigences de gens qui s'empressent de le déchirer à belles dents, dès qu'ils n'ont plus besoin de ses services. Pour ma part, je ne suis pas dans ces conditions ; mais je plains sincèrement le médecin qui est seul dans une localité et qui a finalement l'obligation morale d'assister ses ennemis comme ses amis. Supprimez le monopole, cette obligation tombe d'elle-même et le médecin redevient vraiment libre.

Je terminerai par un mot au sujet de l'exercice de la médecine en France par les *étrangers*. — Rien de mieux que de les accueillir, mais seulement après une enquête sévère sur leur passé et sur les motifs qui les ont obligés à s'expatrier. Il faudrait, à mon avis, leur réserver *uniquement* les postes délaissés par les médecins français et même les obliger à céder la place à tout Français qui demanderait à venir s'installer dans le pays en leur lieu et place. En un mot, les médecins étrangers auraient toujours une résidence à eux assignée par l'autorité, mais ils auraient le choix dans la liste des postes vacants dressée à leur intention. Ce serait peut-être un peu draconien ; mais voyez un peu comment dans les pays étrangers sont traités les médecins français.

Dr Carrez.

II

Encore un mot à propos du secret médical.

J'ai déjà cherché dans plusieurs circonstances, et dernièrement encore, en publiant sur cette question quelques réflexions dans le n° 10 du *Concours médical*, à éclairer les médecins sur leurs droits et leurs devoirs quand ils sont appelés à fournir leur témoignage à la justice.

Des médecins sont condamnés pour avoir parlé, d'autres le sont pour n'avoir pas voulu le faire ; on a vu, dans ces diverses décisions des tribunaux, des contradictions et parfois un embarras pour ceux qui sont cités comme témoins ; mais, en réfléchissant un peu, il est facile, ce me semble, de concilier les scrupules de la conscience avec les devoirs qu'imposent à tous les citoyens les nécessités de la répression et les intérêts de l'ordre public.

Je terminais ainsi mes dernières observations : « Quand le médecin a acquis, dans la pratique de son art, la connaissance d'un fait quelconque, délictueux ou non, il doit en garder le secret et, s'il est appelé en témoignage, il ne peut le révéler *qu'avec l'autorisation de la personne à laquelle il a donné ses soins*. » (1)

Mais il est bien évident que l'autorisation étant donnée par la seule personne intéressée au secret, le médecin est délié de son obligation première, alors qu'une nouvelle s'impose à lui ; il ne peut plus, dans ce cas, refuser son témoignage. Il est clair, en effet, que, si la loi oblige le médecin à conserver scrupuleusement les secrets qu'il peut surprendre ou qui lui sont confiés dans la pratique de son art, ce n'est pas dans son intérêt, mais uniquement dans celui de ses clients ; or, quand ces derniers autorisent, demandent même la révélation, on ne comprend plus qu'il la refuse.

Le *Concours médical* (n° 15, du 10 avril, page 176) a déjà parlé du Docteur X..., condamné à l'amende pour avoir refusé son témoignage à la justice. Il me semble utile de rapporter les faits de cette affaire, afin de ne pas laisser s'égarer l'opinion des lecteurs du journal.

Dans le mois de novembre dernier, la femme S... portait plainte au maire de sa commune contre le sieur M..., instituteur communal, qu'elle accusait d'avoir violé sa fille. Elle racontait qu'elle l'avait surpris en flagrant délit, le 25 août précédent, au moment où, après avoir renversé cette jeune fille derrière une haie, il assouvissait sur elle sa passion brutale ; qu'il avait aussitôt pris la fuite, abandonnant son chapeau dont elle s'était emparée comme d'une pièce à conviction.

Une instruction fut ouverte contre l'instituteur. La violence n'ayant pas été suffisamment démontrée, des poursuites furent dirigées à la fois contre M.... et la fille S... pour outrage public à la pudeur.

Un médecin, le docteur X.... avait été consulté par la femme S.... et par sa fille ; il fut appelé en témoignage et refusa de déposer devant le juge d'instruction en invoquant l'obligation du secret professionnel. Il se rendit ensuite chez les époux S.... et se fit donner par la mère et la fille une autorisation écrite pour déposer.

Mais le 28 novembre, le ministère public dressait contre le témoin le réquisitoire suivant :

« Nous.... etc.— Attendu que le docteur X.... s'est formellement refusé à répondre aux interpellations du juge ;

Attendu qu'il allègue en vain l'obligation du secret professionnel ;

Attendu, en effet, que le médecin n'est pas tenu au secret professionnel à raison de tous les actes de sa profession sans distinction ; que, si le devoir lui commande de taire les faits qui ne lui ont été confiés que sous le sceau du secret, il peut et doit déclarer tous les autres :

Attendu qu'au cas particulier, X... est formellement autorisé par Noémi S... et par sa mère, à faire connaître à la justice, dans leur intérêt même, les

(1) Voir un arrêt de la cour de Grenoble, rapporté dans mon *Traité de jurisprudence médicale*, p. 169. La question est traitée dans cet arrêt avec une grande autorité et une remarquable élévation d'idées.

résultats des constatations médicales faites par lui sur la personne de ladite fille S...

Qu'ainsi X... n'est ni fondé dans son exception, ni excusable dans sa conduite ; que sa mauvaise volonté évidente est d'autant plus coupable qu'elle a pour effet d'entraver l'instruction et plus particulièrement la défense de Noémi S...

Attendu, au surplus, que le refus de déposer équivaut au refus de comparaître.

Requérons de M. le juge d'instruction condamnation du dit X... à l'amende prévue par l'article 80 du code d'instruction criminelle.

Fait au parquet à... le 28 novembre 1885. »

Suit l'ordonnance qui adopte les motifs du réquisitoire et condamne le docteur X... à 100 fr. d'amende.

Le docteur X... se pourvut devant la cour de..., mais il fut décidé que la sentence n'était pas sujette à appel parce qu'elle était rendue par défaut et n'était pas définitive. Le docteur y forma donc opposition par une requête ainsi conçue :

« X..., docteur en médecine à..., espère, après avoir démontré à M. le juge d'instruction que les faits sur lesquels il a été consulté par Noémi S., étant, par leur nature, absolument confidentiels et lui ayant été confiés confidentiellement, il ne pouvait être dégagé du secret par Noémi S... et qu'en violant ce secret, même avec l'autorisation de Noémi S... consciente ou non, il s'exposait à une poursuite en vertu de l'article 378 du code pénal Que mieux informé alors, M. le juge d'instruction, après avoir entendu dans ses excuses légitimes l'exposant, et sur les conclusions de M. le Procureur de la République, le décharge de l'amende prononcée.

A..., le 30 décembre 1885. »

Le 6 janvier 1886, le docteur X... comparaissait de nouveau comme témoin devant le même magistrat instructeur et s'exprimait ainsi :

« Je refuse formellement de déposer sur les faits relatifs à l'affaire au sujet de laquelle j'ai déjà été appelé au cabinet d'instruction le 28 novembre dernier, car je suis lié par le secret professionnel dans l'exercice de ma profession. — Il est vrai que j'ai donné un certificat, mais je l'ai remis aux parents de la fille S.., c'est-à-dire, aux personnes mêmes qui avaient amené la jeune fille chez moi. D'autre part, je considère que je me rendrais passible des peines édictées par l'article 378 du code pénal si je révélais les faits qui n'ont été à ma connaissance que par suite de l'exercice de ma profession. »

Le juge d'instruction lui lit alors l'interrogatoire de la fille S... et la déposition de la mère, puis il lui montre deux pièces ainsi conçues :

« J'autorise M. le docteur X... à déposer sur les constatations qu'il a faites lorsqu'il a visité ma fille au mois de septembre dernier.

A..., le 26 novembre 1885. Signé P. »

« J'autorise également M. le docteur X.. à dire ce qu'il a constaté lorsqu'il m'a visitée.

A ...., le 26 novembre 1885.

Signé S... Noémi ».

Et le même jour, un nouveau réquisitoire est dressé par le ministère public :

« Nous..., etc...

Attendu que le médecin est dispensé de porter son témoignage sur les faits qu'il a connus : 1° dans l'exercice de son art ; 2° d'une manière confidentielle ;

Attendu que, lors de sa première comparution, X... n'a point allégué l'existence, en l'espèce, de cette seconde condition du secret professionnel ; mais qu'il l'allègue aujourd'hui, affirmant que les faits sur lesquels il est interpellé lui ont été révélés secrètement ; qu'il importe d'apprécier ce nouvel élément du débat ;

Attendu qu'à la vérité X... est autorisé à déposer par la prévenue S... et par sa mère, mais que cette autorisation ne le délie point d'une obligation de conscience ;

Par ces motifs, requérons qu'il plaise à M. le juge d'instruction, recevant X... en sa voie de recours, de le décharger des condamnations prononcées contre lui. — Fait au parquet, à ..., le 6 janvier 1886 ».

A la suite se trouve une ordonnance conforme.

Si l'on prenait à la lettre les deux réquisitoires, il en résulterait ceci : d'abord, que le médecin doit révéler les faits qui ne lui ont pas été confiés sous le sceau du secret, et, en second lieu, que, si un secret lui a été confié, le médecin n'en peut être délié même par la personne intéressée et qui a fait la confidence.

Il m'est impossible de me ranger à ces opinions.

J'ai insisté ailleurs sur cette considération que, dans la pratique de son art, le médecin découvre des faits dont il ne lui est point fait confidence, qui sont ignorés du malade lui-même et qui sont tellement graves, que, si ce malade les connaissait, il voudrait les tenir secrets au prix des plus grands sacrifices. Faut-il donc, quand on appelle un médecin, lui faire une recommandation préparatoire et convenir à l'avance avec lui des faits qu'il devra taire et de ceux qu'il pourra révéler ? — Non, tout ce que le médecin découvre dans sa pratique doit être secret aussi bien que les confidences faites à l'avocat dans son cabinet et au prêtre dans le confessionnal.

Mais, quand la personne, seule intéressée au secret, en délie le médecin, celui ci peut-il parler ? Je n'hésite pas à adopter l'affirmative.

Je comprends la bienveillance des magistrats pour le docteur X..., dont la bonne foi dans toute cette affaire ne peut être mise en doute, mais il me semble que l'ordonnance serait mieux motivée sur cette considération que le secret intéressait une autre personne.

En effet, il est permis de croire que la déposition du docteur X... était réclamée par l'instruction, dans le but de constater la violence. Si le viol avait été consommé, on ne pouvait poursuivre la fille S... pour outrage public à la pudeur, son consentement ayant dans ce cas fait défaut ; de coupable, elle devenait victime et c'est ainsi que cette déposition pouvait être utile à cette inculpée qui autorisait le médecin à la faire.

Mais alors un tiers était intéressé au secret, puisqu'au lieu d'un délit, il s'agissait, pour lui, d'un crime. C'est à ce point de vue qu'il ne suffisait pas de l'autorisation de la fille S... et de sa mère pour que le médecin pût déposer.

Je préciserai donc encore une fois le devoir du médecin appelé en témoignage : *il doit taire tout ce qu'il a appris dans la pratique de son art et il ne peut le révéler qu'avec l'autorisation de toutes les personnes intéressées au secret.*

DUBRAC.

REVUE DES JOURNAUX

A la suite d'une intéressante étude sur les relations entre la **migraine et le tabac**, notre confrère M. le docteur MONIN, a formulé les conclusions suivantes :

1° Chez certains sujets et notamment chez les nerveux et les arthritiques, le tabac est susceptible de déterminer des migraines rebelles à toute thérapeutique, et d'une gravité symptomatique très apparente ;

2° L'habitude de fumer à jeun nous semble constituer une condition pathogénique de ces états hémicràniques ;

3° Malgré leur faible teneur en nicotine, et probablement à la faveur de la nicotianine et autres huiles essentielles qu'ils contiennent, les cigares fins de la Havane sont, au plus haut point, susceptibles d'engendrer la migraine, même chez les fumeurs les plus endurcis ;

4° La tolérance du système nerveux pour le poison nicotinique vient de ce que l'on fume surtout après les repas ; elle concorde avec ce que la physiologie et les expériences de vivisection nous ont appris sur l'action des poisons ;

5° Il faut remarquer que les fumeurs novices éprouvent tous les symptômes de la *neuropathie*. Or, les rapports entre la migraine et le mal de mer, comme symptomatologie, ont été avec raison depuis longtemps signalés par les auteurs. Ce n'est donc que par une sorte d'accoutumance que pourra s'atténuer la faculté hémicrànigène du tabac ;

6° Le médecin recherchera l'abus du tabac chez les migraineux et conseillera au fumeur de rompre aussitôt avec ses habitudes. Si la suppression brusque entraînait quelques troubles organiques et un certain état de faiblesse mentale et d'irritabilité, nous conseillons (par expérience) de faire *priser* pendant quelques semaines le malade, sauf à lui faire quitter bientôt cette dégoûtante habitude. J'ai la conviction que tout praticien qui voudra rechercher l'influence du tabac sur la migraine, la rencontrera fréquente et prépondérante. Le médecin peut guérir ainsi, par la seule suppression du tabac, une multitude de migraines considérées comme constitutionnelles, héréditaires et incurables.

(Rev. de Thér. méd. chir.)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Nouveau médicament contre la migraine, l'éthoxycaféine.

L'éthoxycaféine est un dérivé de la caféine, découvert par le professeur Filehne d'Erlangen et vulgarisé par M. Dujardin-Beaumetz, en France.

1° L'introduction du groupe éthoxyl ou oxyéthyle ($OC^2 H^5$) dans la constitution atomique de la caféine ($C^8H^{10}Az^4O^2$) modifie les propriétés physiologiques et thérapeutiques de cet alcaloïde, en donnant naissance à l'éthoxycaféine ($C^0 H^9 Az^4 O^2 OC^2 H^5$) ; elle lui donne une action sédative marquée sur le système cérébro-spinal et lui crée des propriétés narcotiques incontestables ;

2° A la dose de 25 centigrammes, les effets thérapeutiques de l'éthoxycaféine sont surtout appréciables dans le traitement de la migraine et il y a avantage à la substituer à la caféine, dans le traitement de cette affection.

Cette éthoxycaféine détermine souvent, comme le fait d'ailleurs la caféine, des troubles du côté de l'estomac, caractérisés par de la chaleur, des sensations de brûlure et souvent même des nausées et des vomissements. Ces phénomènes sont d'autant plus accusés que l'on emploie l'éthoxycaféine en poudre, ils le sont moins lorsqu'on se sert de ce corps en solution.

Pour atténuer ces effets du côté de l'estomac, on peut associer le chlorhydrate de cocaïne à l'éthoxycaféine et faire usage de la potion suivante :

Éthoxycaféine	0 gr. 25
Salicylate de soude	0 25
Chlorhydrate de cocaïne	0 10
Eau de tilleul	60 00
Sirop de capillaire	20 00

A prendre en une fois.

Traitement du prurit anal.

M. GRELLETY propose comme traitement au prurit anal simple non symptomatique, des bains de siège fréquents, des douches ascendantes ano-périnéales, des lotions répétées plusieurs fois par jour avec de l'eau tiède additionnée d'acide borique (10 pour 1000). Pendant la nuit, appliquer des cataplasmes d'amidon, ou faire, le soir, en se couchant, des onctions avec une pommade composée de :

Oxyde de zinc	4 grammes.
Vaseline	20 —

M.

Si ces moyens ne réussissent pas, il faut avoir recours à l'emploi des mèches enduites d'abord de pommade belladonée, puis de coldcream à la cocaïne (5 gram. p. 100). Régime doux, rafraîchissant, suppression des boissons alcooliques.

(Société de thérap.)

La soif chez les fiévreux.

Le Dr Cotter rapporte que, chez un malade atteint de fièvre typhoïde, qui se réveillait toutes les dix minutes, incommodé par l'état de sécheresse de sa

langue, il la lui fit badigeonner avec de la glycérine et, à la suite de cela, le malade put dormir pendant deux heures, et, quand il se réveilla, on lui fit de nouveau le badigeonnage, qui fut suivi du même résultat qu'auparavant.

Il est probable que l'on doit attribuer cette action favorable de la glycérine à sa grande affinité pour l'eau. Dans des cas analogues, il serait bon d'aromatiser la glycérine avec de l'essence de menthe ou tout autre correctif.

(*Ind. Méd. Gaz.*)

La lanoline.

La lanoline est un corps gras, extrait de la laine des moutons, qui est connu dès la plus haute antiquité et dont la préparation s'exécute en Allemagne.

Le procédé consiste à traiter la laine par des solutions alcalines dans de grands bacs; les eaux de lavage renferment le corps gras, qu'on sépare au moyen d'appareils centrifuges. C'est un corps gras, visqueux, de couleur jaunâtre. Schulze en a retiré une assez forte proportion de cholestérine et d'isocholestérine; elle fond sous l'action de la chaleur, elle est difficilement soluble dans l'alcool et très soluble dans la benzine.

La propriété caractéristique de la lanoline est d'absorber très facilement son poids d'eau ou de solutions salines, même saturées, et deux fois environ son poids de glycérine. Les observateurs allemands insistent surtout sur la rapide absorption, par la peau, de la lanoline et des médicaments qui lui sont adjoints. Elle présente néanmoins certains inconvénients, à cause de sa consistance et du peu de souplesse qu'elle communique à la peau. M. le docteur Gillet de Grandmont, qui l'a déjà essayée, trouve là un obstacle, peut-être momentané, à son emploi dans la thérapeutique oculaire. Pour remédier à ces inconvénients, en partie du moins, on lui adjoint presque toujours, en Allemagne, une certaine quantité d'axonge, 5, 10 et même 25 p. 100.

Ainsi par exemple :

Pommade à l'iodure de potassium.

Iodure de potassium.......	10 gr.
Eau distillée...............	10 —
Axonge......................	10 —
Lanoline....................	70 —

Pommade à l'iodoforme.

Iodoforme.................	10 gr.
Axonge......................	10 —
Lanoline.....................	80 —

Pommade au naphtol.

Naphtol β...............	5 à 10 gr.
Axonge.....................	10 —
Lanoline....................	85 —

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

I

La lettre suivante vient d'être adressée, par le secrétaire de l'Union des syndicats, aux Présidents des Syndicats médicaux qui n'ont pas encore adhéré aux statuts de l'Union :

Très honoré confrère,

Un de nos confrères, membre du Syndicat du Havre, ayant refusé de délivrer un certificat énonçant la cause du décès d'un de ses clients et destiné à être fourni à une Compagnie d'Assurances sur la vie, se trouve poursuivi devant les tribunaux par la famille du défunt.

Il y a, dans ce procès, une question qui intéresse tous les membres du Corps médical. Tandis que l'un des nôtres, en effet, a été récemment poursuivi d'office et condamné pour avoir fait connaître la cause réelle de la mort d'un peintre célèbre, son ami, l'Administration, les compagnies industrielles, les individus nous poussent sans cesse à commettre des actes qui nous exposent à nous voir appliquer la jurisprudence draconienne inaugurée par la Cour de Cassation dans l'affaire Watelet.

Nous devons donc soutenir énergiquement notre confrère contre des prétentions excessives. C'est le sentiment qui a guidé le bureau de l'Union des Syndicats : il a décidé (1) que la Caisse de l'Union supporterait les frais de ce procès qui, certainement, ne sera tranché que devant la Cour Suprême.

L'empressement qu'ont mis les syndicats médicaux de France à venir en aide à nos confrères de Domfront, nous permet d'espérer que, cette fois encore, ils voudront affirmer les sentiments de solidarité qui nous unissent et contribuer pécuniairement, selon les ressources de leur caisse, à couvrir les frais considérables que ce procès entraînera.

La cause étant engagée, nous vous serions reconnaissants de faire prendre, par votre bureau, une résolution d'urgence.

Nous espérons aussi qu'édifiés complètement sur les avantages d'une étroite communauté d'intérêts et d'action, les membres de votre syndicat voudront bien donner leur adhésion ferme aux statuts de l'Union des syndicats médicaux de France.

Veuillez agréer, monsieur le Président et honoré confrère, l'assurance de nos sentiments distingués.

Pour le bureau de l'Union des Syndicats.
Le Secrétaire général,
Dr Ad. BARAT-DULAURIER.

(1) Décision prise sur la demande du syndicat du Havre.

Syndicat médical de l'arrondissement de Mortagne (Orne).

Séance semestrielle du lundi 7 décembre 1885.

La réunion a eu lieu à Regmalard. Etaient présents : MM. Rouyer, président, Pichard, vice-président, Levassort, secrétaire trésorier, Aury, Chamousset, Liégeard, Loncle, Ragot.

Le Syndicat adopte la résolution suivante : Il y a lieu d'insister auprès du bureau de l'Union des Syndicats pour poursuivre la demande de modification de la loi des syndicats, en ce qui concerne l'admission des professions libérales à profiter des bénéfices de cette loi, et particulièrement à inviter les membres des divers syndicats de France, à insister auprès de messieurs les Sénateurs et les députés pour leur exposer le bien fondé de cette réclamation éminemment juste et libérale, et leur demander de vouloir bien l'appuyer de l'autorité de leur parole ou au moins de leur vote.

Séance semestrielle du mardi 1er juin 1886.

Les membres du Syndicat de Mortagne, se sont réunis à Bellême. La séance a eu lieu sous les ombrages majestueux de la vieille forêt druidique, à deux pas de la fontaine ferrugineuse de la Herse. Deux pierres placées au-dessus du bassin portent des inscriptions, l'une : APHRODISIUM ; l'autre : DIIS INFERIS VENERI MARTI ET MERCURIO SACRUM.

La séance est ouverte à 10 heures ; sont présents : MM. Rouyer, président, Pichard, vice-président, Levassort, secrétaire trésorier, Aury, Chamousset, Gouin, Guillouet, Liégeard, Loncle.

On procède au renouvellement du bureau ; sont nommés : MM. Rouyer, président, Pichard, vice-président, Levassort, secrétaire-trésorier.

M. Rouyer, président, rend compte des questions qui ont été discutées dans la session de l'Association générale des médecins de France, les 2 et 3 mai derniers :

1° Le secret médical et les constatations des causes de décès. Le Syndicat ne reconnait pas l'utilité d'appliquer dans sa circonscription le mode de fonctionnement adopté par la réunion générale de l'Association.

2° La création d'un ordre des médecins. Le Syndicat se rallie à la décision de l'Association, qui repousse la proposition de la création d'un ordre des médecins.

3° La compréhension de la profession médicale dans celles qui peuvent bénéficier de la loi sur les syndicats. Le Syndicat remercie l'Association de la décision qu'elle a prise et de l'adoption de la pétition qu'elle a cru devoir faire signer aux délégués des sociétés départementales.

Le Syndicat de l'arrondissement de Mortagne adopte ensuite les résolutions suivantes :

Il est décidé que le Dr Pichard, vice-président du Syndicat et membre de la Commission départementale pour la protection des enfants du premier âge, entretiendra cette commission de la franchise postale entre les médecins-inspecteurs et les maires et émet le vœu que cette franchise soit demandée.

En outre, le docteur Pichard est chargé d'exposer au même Comité départemental, les réclamations de quelques confrères dont les circonscriptions ont été mal établies et d'en demander le remaniement.

Le syndicat, considérant que le médecin-inspecteur peut seul être juge des aptitudes des nourrices de sa circonscription, exprime le vœu, à l'unanimité, que le médecin-inspecteur de la circonscription soit seul admis à délivrer les certificats d'aptitude aux nourrices de cette circonscription et que la loi soit modifiée dans ce sens.

Sur la proposition de M. Chamousset, les membres du Syndicat décident de ne pas signer les certificats des nourrices faisant partie des circonscriptions des autres membres syndiqués, mais de ne pas prendre la même mesure vis-à-vis des nourrices des circonscriptions attribuées aux médecins non syndiqués, lesquels ne peuvent prendre le même engagement réciproque vis-à-vis d'eux.

Il est décidé que la prochaine réunion du syndicat aura lieu à Tourouvre, le mercredi 1er décembre 1886.

Le banquet *prescrit* par les statuts réunit les convives à une table élégamment servie sous un hêtre colossal, dans un des sites les plus pittoresques ; la gaîté semble se ressentir de ces conditions favorables et l'on regagne la gare en traversant à pied la belle forêt de Bellême.

Le Président : Dr Jules Rouyer.

II

Syndicat médical de l'arrondissement d'Étampes.

Séance du 2 mai 1886.

Ordres du jour votés :

1° « Les médecins, membres de l'Association syndicale de l'arrondissement d'Étampes, après avoir pris connaissance des discours prononcés au Conseil général de Seine-et-Oise (session d'août 1885) sur le service médical des Indigents, protestent énergiquement contre les termes du rapport de M. le Dr Peyron, qui prête au corps médical des sentiments peu conformes à la conduite et à l'esprit des médecins ; adressent leurs félicitations à M. Goupy, pour son initiative, et le remercient du soin avec lequel il a pris la défense du corps médical et soutenu les intérêts des malades. Ils le prient de porter à la connaissance du Conseil général les résolutions prises en assemblée générale et de plaider à la fois la cause des médecins et des malades indigents.

2° Les médecins de l'arrondissement d'Étampes, renouvelant le vœu qu'ils ont eu l'honneur d'adresser à M. le préfet de Seine-et-Oise lors de la réunion de septembre 1885 (vœu resté sans réponse), demandent à nouveau l'application du tarif de Seine-et-Marne en ce qui concerne l'inspection des nourrissons, tarif qui a le double mérite d'indemniser convenablement le médecin inspecteur et de ne pas blesser sa dignité en le soumettant à la double surveillance de la mairie et de la sous-préfecture.

Pour copie conforme :

Dr Vivier.

Liste des membres du Syndicat d'Étampes :

MM. Pasturaud, président (Étampes) ; Duhamel, vice-président (Etréchy) ; Vivier, secrétaire (Chalo-Saint-Mars) ; Razin (Étampes) ; Wojlansky (Etréchy) ; Babault (Angerville) ; Mailfert (Angerville) ; Carassus (Milly) ; Grognot (Milly) ; Merle (La Ferté-Alais) ; Pauvert (La Ferté-Alais) ; Dezotteux (Lardy) ; Waalkens (Pussay) ; Mermillod (Saclas) ; Garcia (Méréville) ; Jamain (Oysonville, Eure-et-Loir) ; Sutils (La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Marne).

III.

Syndicat médical de Rambouillet.

Procès-verbal.

Le Syndicat médical de Rambouillet a tenu sa première réunion annuelle, le jeudi 6 mai, à Rambouillet, chez le docteur Diard, son président.

Étaient présents à la séance : MM. les docteurs Baratgin, Barbelet, Bergonier, Bertrand, Duprilat, Diard, de Fourmestreaux, Gaulier, Grellière, Larrieu Mazet.

La séance est ouverte à deux heures par une allocution du docteur Diard, président, qui a obtenu une récompense académique pour son remarquable mémoire sur l'hygiène de l'enfance ; il nous rappelle la mort du docteur Ockinzic, de Villepreux, membre du Syndicat ; ce confrère, aimé et justement estimé de tous, a succombé à une courte maladie, contractée dans l'exercice de sa profession.

On procède ensuite à la nomination du bureau pour 1886. Le docteur Diard est renommé président, le docteur Sergeant, vice-président, et le docteur Barbelet conserve les fonctions de secrétaire-trésorier. Diverses questions sont traitées relatives aux Compagnies d'assurances, au service des nourrissons. On décide d'adresser une réclamation au préfet, relative aux instructions du 15 janvier 1885, concernant les livrets des nourrissons et leur inspection par les Maires ; on insiste sur l'envoi annuel régulier des notes d'honoraires, et on fixe au minimum de 10 francs toute visite faite par un confrère dans la *localité* habitée par un autre confrère.

A cinq heures la séance est levée.

Le Secrétaire,

Docteur Barbelet.

Dourdan (Seine-et-Oise).

NOUVELLES

Nos lecteurs apprendront avec plaisir que notre distingué collaborateur, M. le Dr Barette, ancien prosecteur de la Faculté, vient d'être nommé, à la suite du meilleur concours, *chef de clinique chirurgicale* à la Charité. Nous le félicitons vivement de ce succès, prélude d'un avenir des plus brillants.

Notre ami, M. le Dr Auvard, vient d'être nommé *médecin accoucheur des hôpitaux de Paris*. Qu'il reçoive aussi nos félicitations.

Nous enregistrons avec plaisir la nomination d'un de nos plus sympathiques collègues, le Dr Valude, comme chef de clinique ophthalmologique à l'Hôtel-Dieu.

NÉCROLOGIE

M. le Dr Donezan (de Perpignan), membre du Concours médical, nous fait part du décès de son parent, le Dr J. Bocamy, médecin en chef de l'hôpital de Perpignan, Chevalier de la Légion d'Honneur.

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr Ousset, de Mauléon (Htes-Pyrénées), membre du Concours médical.

Service médical de nuit a Vienne. — Un service médical de nuit calqué sur celui qui rend de si importants services à la population parisienne vient d'être organisé à Vienne (Autriche), par l'initiative d'un savant et philanthrope confrère, M. le Dr Baron Mundy.

M. le Pr Semmola (de Naples), bien connu des médecins français, vient d'être nommé *sénateur du royaume d'Italie* en récompense de ses nombreux et importants travaux. M. le Pr Semmola n'a que 58 ans, et il est rare en Italie de voir cette distinction accordée à un âge aussi peu avancé.

Service pharmaceutique de nuit. — Le Conseil municipal de la Ville de Paris, vient de décider la création d'un service pharmaceutique de nuit. Pour se procurer les médicaments prescrits par les médecins de nuit, les malades n'auront qu'à se présenter au poste de police. Un agent pourvu d'un bon de la Préfecture de police, conduira les malades soit dans une maison de secours ou dans une des pharmacies dont les titulaires se seront fait inscrire sur la liste des pharmaciens de nuit. Les malades qui pourront payer, seront astreints à rembourser les médicaments prescrits, plus 1 fr. 50 c. pour indemnité de dérangement de nuit.

Société médicale d'Amiens. — *Concours pour l'année* 1888. — Le sujet du concours a été arrêté dans l'une des diverses réunions de la Société. Il est : *De la paralysie diphthéritique.*

Mlle Ribard, docteur en médecine, qui avait accompagné la mission Paul Bert, au Tonkin, vient de succomber à l'hôpital de Quang-Yen, aux suites d'une dysenterie. Mlle Ribard, qui s'était fait une spécialité de soigner les maux d'yeux, avait réussi à guérir plusieurs mandarins de Hué, et elle devait prochainement opérer la reine-mère, qui est presque complètement aveugle.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Décret de réorganisation du corps de santé de la marine.

Nous avons un ministre de la marine qui est animé du goût des réformes, comme son collègue de la guerre. Mais, tandis que ce dernier s'est contenté d'élaborer un projet de loi, le premier a procédé par voie de décret à une transformation considérable dans le corps de santé de la marine. On sait que le recrutement de celui-ci s'opérait au moyen de trois écoles spéciales, sises à Brest, à Rochefort et à Toulon et d'où, après deux ans d'études, sortaient des aides-médecins obligés de naviguer six mois avant de passer médecins de deuxième, puis de 1re classe au concours, à la condition qu'ils eussent pris leur diplôme de docteur dans l'intervalle. Il en était du moins ainsi depuis quelques années ; car à une époque encore peu éloignée les médecins de première classe n'étaient pas tous docteurs ; il y avait donc de ce fait un exercice illégal de la médecine sanctionné par l'Etat. On nommait même de temps en temps, pour assurer le pénible service des colonies, des médecins dits auxiliaires, commissionnés provisoirement et sans concours. En outre, le personnel du corps de santé naval se divisait en deux branches distinctes et, il faut le dire, rivales, celle des médecins naviguants et celle des médecins enseignants, agrégés ou professeurs des trois écoles.

Or, le décret signé par l'amiral Aube, et qui a passé à l'*Officiel* du 26 juin dernier, porte une atteinte considérable à l'organisation actuelle. Il prescrit, d'une part, que tous les médecins de 2e classe devront être docteurs en médecine, secondement que les médecins-professeurs sont supprimés, ainsi que l'avancement par le concours, auquel sera substitué l'avancement à l'ancienneté ou au choix ; enfin, que les fonctions de professeurs seront exercées temporairement et à tour de rôle par les médecins principaux ou en chef.

Les conséquences de ce décret sont très diversement appréciées par nos confrères de la presse médicale. Ainsi la *Semaine médicale* félicite le ministre des mesures qu'il a prescrites et tient à déclarer qu'elle y donne une approbation complète. « Une conséquence logique de ce nouveau décret serait, dit-elle, la suppression des écoles de médecine navale qui n'ont plus d'enseignement à donner, la pathologie des maladies exotiques faisant partie intégrante du programme d'enseignement des facultés de médecine. D'ailleurs il semble que telle aurait été la pensée du ministre, puisqu'il supprime le cadre à part du personnel enseignant et enlève à ses membres le titre de professeurs; mais du moment qu'il leur conserve leurs fonctions et se réserve de déterminer le mode d'enseignement, il faut bien admettre que l'amiral Aube n'a pas, pour le moment du moins, l'intention de supprimer les écoles de médecine navale. » Le rédacteur de la *Semaine médicale* désire, ajoute-t-il, vivement cette suppression : « Le maintien de ces écoles ne servira qu'à grever le budget déjà bien lourd et qui grossit malheureusement d'année en année, sans que le corps de santé de la marine en retire des avantages quelconques pour son instruction spéciale. Si le ministre juge que le personnel médical ressortissant à son département doive recevoir un enseignement spécial avant son entrée en fonction, qu'il transforme une des écoles de médecine navale en école d'application de médecine et de pharmacie de la marine et qu'il l'organise sur le modèle de l'école du Val de Grâce. »

La *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales* de Bordeaux fait chorus, et empruntant ces renseignements au journal *la Gironde*, elle fournit des chiffres, d'où il ressort qu'on arrive à compter plus de maîtres que d'élèves dans les écoles de médecine navale.

« En effet, tandis que le département de la guerre entretient 1,485 officiers de santé et 15 professeurs, la marine ne compte que 750 officiers ; mais, par contre, elle a 48 professeurs. Or, ces 48 professeurs donnent 30 élèves seulement par an. Ces 30 élèves ne sont pas munis du brevet de docteur, et la marine est obligée de les entretenir et de les faire naviguer, sans pouvoir attendre d'eux de réels services. Ils ne peuvent être sérieusement utilisés que du jour où ils passent médecins de 1re classe, et ce grade dépend pour eux de l'obtention de leur diplôme de docteur, que les embarquements auxquels la marine les soumet les empêchent souvent d'acquérir.

On le voit, la situation actuelle appelle une réforme.

Tout d'abord, on peut se demander s'il est utile d'avoir trois Écoles de Médecine navale coûtant annuellement 500,000 fr. ; une ou deux Ecoles ne seraient-elles pas suffisantes ? Assurément si ; et la suppression d'une ou de deux Ecoles laisserait des crédits disponibles pour nommer des médecins de 2e classe en plus grand nombre.

Les officiers de ce dernier grade actuellement en fonctions, surmenés et très fatigués par des navigations multipliées ou des séjours trop prolongés aux colonies, quittent la marine après quelques années à peine de service.

On pourrait même n'avoir qu'une école d'application où seraient seuls admis des docteurs en médecine. D'une pareille mesure résulterait la suppression des aides-médecins, qui ne rendent, ainsi que l'a prouvé une enquête récente, que des services très limités. »

Par contre, M. Lereboullet déplore vivement, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, les conséquences du décret ministériel. Il conteste la prétention formulée par le ministre, dans son exposé des motifs, d'avoir édicté des mesures impatiemment attendues par les intéressés. Il pense que ces mesures vont au contraire mécontenter, parmi les médecins de la marine, ceux qui honorent le plus le corps auquel ils appartiennent, et qu'elles peuvent avoir pour résultat de tarir le recrutement du service de santé. « S'ils n'ont été encouragés à entrer dans l'armée navale, dès le début de leurs études, par cet entraînement qui se fait autour des foyers locaux d'éducation et d'instruction militaire, s'ils ne sont pas retenus par l'espérance d'avantages moraux et matériels sérieux, les médecins ne répondront pas à l'appel du ministère de la marine. » M. Lereboullet reconnaît cependant l'utilité de n'admettre dans le cadre des médecins de l'armée navale que des docteurs en médecine, mais il croit à la nécessité de maintenir et même de fortifier les écoles.

« Mais il y a plus. Le nouveau décret supprime les concours qui faisaient l'honneur et assuraient la valeur du corps de santé de la marine. L'avancement se fera désormais à l'ancienneté ou au choix. Les médecins de la marine n'auront plus dès lors cette ardeur au travail qui, par l'espoir d'un avancement plus rapide, et, malgré les fatigues et les préoccupations de voyages lointains, les rendait capables des plus laborieux efforts. C'est en effet parce qu'ils pensaient sans cesse à leurs prochains concours ; c'est parce qu'ils s'y préparaient à tous leurs

FEUILLETON

ALLOCUTION DE M. E. RENAN

AU BANQUET DE L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS.

« Messieurs, je demande à vous dire quel plaisir pour moi c'est de me trouver au milieu de vous. J'ai la voix tout à fait éteinte, c'est un des grands signes de la vieillesse chez moi, c'est ainsi qu'elle se traduit et je ne sais si vous pourrez m'entendre... (Oui ! oui !)... Tant mieux, vous êtes bien bons, nous allons, si vous le voulez, causer quelques instants.

Je dois commencer d'abord par une rétractation, oh! mais ce qui s'appelle une rétractation complète ! Ces Messieurs se rappellent sans doute qu'ils ont eu la bonté de venir me voir au début de cette excellente institution ; ils se rappellent sans doute aussi que je ne leur ai fait que des objections. Etais-je assez insensé ! Je n'ai fait que des objections à une chose qui se réalise de la manière la plus charmante ! Je crois que c'est la seule fois de ma vie où j'ai été routinier et conservateur, ma parole ! — (Rires et applaudissements).

Cela ne m'encourage pas à continuer ! — (Nouveaux applaudissements.)

C'était vous, Messieurs, qui aviez raison et complètement raison, et tout ce que je vois ici implique une excellente pensée, excellemment réalisée ; je vous en fais mon compliment ; il n'y a rien de meilleur que ce que vous faites ; l'association appliquée à une des choses les plus élevées, c'est-à-dire la haute instruction ; une aristocratie dans le bon sens du mot, un centre pour tant d'efforts qui divergent et ne réussissent pas à faire quelque chose de fécond, voilà ce que vous avez réalisé ; je vous en fais mes compliments, et je fais bien des réparations à ceux d'entre vous qui sont venus me parler de l'association et que j'ai eu l'insigne sottise de combattre. Je vous remercie vivement d'avoir bien voulu m'appeler à venir me réjouir avec vous ; je regrette beaucoup que notre fête ne soit pas plus complète et que quelques-uns de vos excellents maîtres aient été empêchés de venir à cette réunion par des incidents avec lesquels vous n'avez pas la moindre solidarité. Je regrette qu'ils ne soient pas ici, mais au point de vue personnel je m'en réjouis presque, parce que

instants de loisir, que les médecins naviguants évitaient l'oisiveté intellectuelle qui trop souvent est la conséquence d'une vie commune avec les officiers combattants. Seront-ils meilleurs médecins le jour où les services militaires, seuls deviendront des titres à l'avancement ?

Qui oserait l'affirmer ? Et si, en se plaçant à un point de vue strictement égalitaire, on établit un tour régulier d'embarquement ; si tous les médecins de l'armée navale sont successivement appelés à la mer ou dans les ports, dans les colonies ou dans les écoles, croit-on que le nombre des démissions ou des demandes anticipées de retraite sera diminué ? Nous craignons plutôt le contraire. Pour ne pas démissionner, il faut aimer la carrière que l'on a embrassée, y trouver les satisfactions morales et matérielles que l'on ambitionnait en y entrant, être soutenu par l'espoir d'arriver vite, à force de travail, d'intelligence et de courage, à une position meilleure. Ceux qui démissionnent sont les médecins qui espèrent trouver dans l'exercice de la médecine civile une carrière honorable et lucrative. Or cette espérance est permise à tous ceux qui aiment le travail et qui ont pu développer leurs aptitudes professionnelles. Le jour où, à tour de rôle, presque tous les médecins principaux arriveront à la position de médecin professeur, il s'en trouvera un plus grand nombre qui, séduits par les douceurs de la vie civile, fatigués par de longs voyages ou encouragés par les familles qui auront eu confiance en eux, prendront leur retraite lorsque, après cinq à six années de professorat, ils seront rappelés à la vie active. De telle sorte qu'après avoir arrêté le recrutement du corps, déconsidéré des fonctions jusqu'à ce jour réputées les plus enviables, entravé les études scientifiques d'un grand nombre de médecins de la marine, le nouveau décret aura eu pour résultat d'accroître encore le nombre des démissions et des retraites. »

En terminant, M. Lereboullet déplore que, « dans la marine comme dans l'armée, on semble se préoccuper non de relever le niveau des corps qui sont à la fois scientifiques et professionnels, mais bien d'assurer, dans les conditions les plus regrettables, l'égalité par en bas, c'est-à-dire le nivellement dans la médiocrité. »

M. le Dr Joal a publié dans les *Archives gén. de médecine* (mai et juin 1886) un intéressant mémoire sur L'ORCHITE ET L'OVARITE AMYGDALIENNES. Il rappelle d'abord qu'en s'appuyant sur les doctrines soutenues par Lasègue, Bouchard, Landouzy, Siredey, on doit considérer l'amygdalite aiguë comme une *maladie générale*, *comme une fièvre* infectieuse, et il se propose d'établir par des observations cliniques recueillies soigneusement que, pendant le cours de cette affection, peuvent survenir du côté des organes génitaux, les *complications, orchite et ovarite*, signalées dans d'autres états généraux, tels que les oreillons, la fièvre typhoïde, la variole, le rhumatisme, l'infection purulente.

La fièvre amygdalienne, au lieu de conférer l'immunité comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde et les oreillons, récidive fréquemment comme l'érysipèle. La nature infectieuse n'exclut pas l'influence du refroidissement qui, à titre de cause occasionnelle, joue un rôle dans la genèse de l'amygdalite en créant l'opportunité morbide qui permet l'action du microbe.

Les complications génitales de l'amygdalite, sans être fréquentes, ne sont pas excessivement rares.

---

vous êtes tout entiers à moi, et ma foi, je vais en abuser ! — (Rires). — Et si vous me le permettez, je vais être tout à fait familier, et suivant le privilège de mon âge, je vais vous donner des conseils. C'est un des privilèges, ou des défauts, si l'on veut, de la vieillesse ; eh bien, vous l'accepterez, certains cependant que je n'en abuserai pas trop. Eh bien oui, rien de meilleur que la jeunesse ; j'ai toujours coutume de dire cela dans la plupart des autographes que l'on me demande, et l'on m'en demande souvent ! Heureux les jeunes, car la vie est devant eux, et la vie est une bien bonne chose ; pour nous autres, elle est derrière nous ; cela nous rend joyeux tout de même, mais vraiment il vaut mieux encore la voir devant soi !

C'est une bien grande joie pour nous autres, qui avons fait ce que nous avons pu, de voir s'ouvrir en quelque sorte les fenêtres d'un côté quand elles se ferment de l'autre ; c'est une réflexion que je fais souvent à la campagne avec mes deux petits enfants ; je n'en ai que deux, mais, j'espère en avoir davantage ! (Rires et applaudissements.)

C'est une réflexion que je fais souvent : combien il est doux de voir la vie se reproduire quand on sent que la sienne s'en va, mais qu'on a, en même temps, la conviction d'avoir rempli son devoir ! Je vous remercie donc de m'avoir appelé à venir célébrer cette fête avec vous, et je voudrais que nous puissions chanter ensemble le Gaudeamus du moyen âge.

Hier, justement, nous étions à l'histoire littéraire, et j'ai demandé à Gaston Pâris et à Léopold Delisle — c'étaient les meilleures sources — de me donner le vrai texte du Gaudeamus du Moyen âge. Ce n'est pas précisément gai, mais enfin le voici :

Gaudeamus igitur, juvenes dum sumus,
Postjueundam juventutem
Post molestam seneetutem,
Nos habebit humus. (Applaudissements.)

Eh bien oui, après la jeunesse si charmante, après la... triste vieillesse, c'est l'humus qui nous aura ! — (Rires).

Cela les réjouit !

Je vous remercie donc, Messieurs, de m'avoir associé à cette fête : il n'y a rien de meilleur que le programme de votre âge, le programme de la jeunesse scolaire : travailler beaucoup et s'amuser beaucoup. — (Applaudissements.)

Voilà les vieux programmes, c'était comme cela

Les symptômes testiculaires se montrent le plus souvent quand les phénomènes amygdaliens sont en décroissance. La détermination génitale est ordinairement unilatérale. Pour l'orchite, on constate que l'inflammation est plus souvent localisée au testicule que portant aussi sur l'épididyme. L'épanchement vaginal est fréquent. La règle est la résolution complète en quelques jours ; on a pourtant vu la suppuration et l'atrophie du testicule.

L'ovarite se reconnaît à ses symptômes ordinaires ; elle se montre de préférence au moment de la période cataméniale, supprimant, retardant ou interrompant brusquement l'écoulement sanguin. La résolution s'opère dans une durée moyenne d'un mois.

Le traitement des deux complications génitales de l'amygdalite ne réclame aucune indication thérapeutique spéciale. Comme traitement de l'amygdalite, M. Joal préconise les scarifications, l'émétique à dose vomitive, qui, d'après lui, n'agit pas seulement par l'action mécanique du vomissement, mais neutralise l'influence nocive des microbes en produisant une modification générale de l'économie. Il admet les bons effets des badigeonnages de teinture d'iode préconisés par M. Coupard, et chez les sujets prédisposés à la fièvre amygdalienne par une hypertrophie tonsillaire chronique, il conseille de réduire celle-ci par l'ignipuncture.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Croup latent. — Diphthérie prolongée.

Par M. le Dr Blanquinque, *médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Laon.*

La diphthérie a parfois une durée très longue, une durée de plusieurs mois ; il semble alors que l'organisme soit indifférent à la présence des fausses membranes ; aussi cette diphthérie à forme prolongée n'est-elle jamais toxique et ne fait-elle courir des dangers aux malades qui en sont atteints que par son siège, lorsqu'elle envahit le larynx. La diphthérie prolongée a été étudiée avec un talent magistral par Cadet de Gassicourt, dans un mémoire publié en janvier 1883, dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* ; j'y renvoie ceux qui veulent bien connaître cette question. Les croups à forme prolongée, chroniques, comme les désigne Barthez, sont beaucoup plus rares que les lésions diphthéritiques des autres muqueuses. Cadet de Gassicourt dit n'avoir jamais vu un croup guérir spontanément après le vingtième jour ; Sanné cite un cas guéri au vingt-septième, un autre au trente-deuxième, et un autre au soixantième jour.

L'observation que je rapporte ici est donc très remarquable à cause de la durée du mal ; elle est encore intéressante par la marche insidieuse, latente de la diphthérie.

Obs. — Louise D..., 21 ans, domestique à Laon, se présente le 2 mars à la consultation de l'Hôtel-Dieu : elle nous raconte que depuis six semaines sa voix est éteinte, qu'elle tousse peu et surtout qu'elle

---

autrefois ; je vous engage bien à ne pas changer ces choses-là ! (Applaudissements.)

Travailler beaucoup et s'amuser beaucoup, ce sont des choses qui ne s'excluent pas le moins du monde ; je dois cependant reconnaître que ce que je vous dis là est de ma part un peu théorique, car de ces deux conseils, je n'ai suivi que le premier ! (Vifs applaudissements.)

Je n'ai peut-être pas eu raison, et c'est peut-être bien pour cela que, sur mes vieux jours, je ne suis pas assez grave, vraiment ! (Rires et applaudissements). Je devrais vous parler plus sérieusement..., mais, après tout, que pourrais-je vous dire de meilleur : le travail et l'amusement ne s'excluent nullement, ce sont deux choses très saines et très bonnes.

Oui, travaillez beaucoup, c'est une chose délicieuse, c'est cela que je vous envie, c'est la possibilité de travailler beaucoup et de ne se fatiguer jamais ! Bien travailler, mais sans fatigue ! Il faut avoir là-dessus des méthodes et, si vous le voulez bien, je vous donnerai une ou deux de mes recettes. Il ne faut jamais travailler avec contention ; par exemple, il ne faut jamais être pressé ; c'est si désagréable d'être pressé ! Oui, le travail ne fatigue jamais. Il faut savoir s'occuper de beaucoup de choses à la fois ; il ne faut pas s'absorber en une seule ; je crois que c'est très fatigant, cela ; il faut avoir plusieurs objets à son activité. Je n'ose parler du cerveau devant les maîtres de la science ; j'imagine cependant que les lobes de notre cerveau qui sont fatigués par un travail, laissent des vides pour d'autres travaux qui peuvent encore être faits fructueusement et que l'on peut caser à côté des premiers. Permettez-moi une citation d'un professeur d'hébreu : il y a un mot admirable d'un vieux rabbin du premier siècle de notre ère — c'est notre savant confrère, M. Daremberg, qui m'a signalé ce texte ; il est lumineux ! — Un rabbin du premier siècle de notre ère, à qui l'on reprochait d'avoir trop surchargé la loi ; il avait réussi à y introduire un ou deux préceptes de plus ? (il y en avait déjà bien assez), mais enfin il avait réussi encore à en caser un ou deux ! Un de ses confrères lui en faisait des reproches, à quoi il répondait ceci : Dans un tonneau rempli de noix, on peut encore verser beaucoup de mesures d'huile de Sésame ! (Rires.) Et c'était juste ! Dans les interstices du travail et de la pensée on peut caser une foule de choses. Pour cela, il faut suivre toujours son idée. Au milieu d'une conversa-

se sent très faible. Elle a pu néanmoins continuer son service de fille d'auberge jusqu'à ce jour.

Nous l'engageons à entrer dans le service, ce qu'elle accepte.

L'aspect chétif de cette pauvre fille fait penser à la tuberculose, et c'est de ce côté que l'interne de garde dirige ses investigations.

Comme antécédents, nous avons les renseignements suivants : le père est mort du charbon, la mère est bien portante ; sur huit enfants, trois sont morts de maladies inconnues et un autre d'une maladie de poitrine. Louise D... n'a jamais été gravement malade. Elle ne peut parler qu'à voix basse ; si elle veut élever le ton, elle se fatigue très vite, éprouve quelques douleurs sous-sternales et tousse légèrement d'une petite toux voilée. L'examen de la gorge nous fait constater de la rougeur des amygdales et du pharynx, il n'y a aucun engorgement ganglionnaire, la fièvre est nulle. L'auscultation du poumon ne révèle aucun bruit anormal dans les sommets, le murmure respiratoire est seulement un peu faible.

Nous diagnostiquons : laryngite simple, tuberculose possible. Nous prescrivons des badigeonnages iodés, des gargarismes astringents, des pilules de goudron et d'extrait d'eucalyptus à l'intérieur. Vu l'état saburral de la langue, deux vomitifs ont été administrés à quelques jours d'intervalle.

Pendant quinze jours l'enrouement persiste, il n'y a aucun changement dans l'état de la santé, la malade ne tient pas le lit, elle va et vient dans la salle et rend quelques menus services aux autres malades.

Dans la nuit du 17 mars, elle est prise d'un accès de dyspnée et elle expectore, dans un effort de vomissement, une fausse membrane d'un blanc sale, déchiquetée sur les bords, ne se désagrégeant pas dans l'eau ; sa longueur est d'environ cinq centimètres et son épaisseur de un à deux millimètres ; tubulée dans une longueur d'un centimètre, elle se divise ensuite en deux ailerons. Il suffit de jeter un coup d'œil sur cette fausse membrane pour comprendre qu'elle était moulée sur l'extrémité cricoïdienne de la trachée et sur les ventricules du larynx.

Le 17 mars, je fais l'examen de la gorge au laryngoscope, ce que j'aurais dû faire plus tôt, et j'aperçois sur les cordes vocales inférieures, un léger enduit blanc-grisâtre ; le reste du larynx est très rouge. J'ai répété plusieurs fois cet examen et au bout de quelques jours, toute fausse membrane avait disparu du larynx.

Les urines ne renferment pas d'albumine. Cette malade est isolée dans une chambre et je lui prescris une potion au saccharure de cubèbe, de l'extrait de quinquina, du rhum, etc.

Le 18 au soir, quelques fausses membranes sont encore rejetées sous la forme de petits lambeaux déchiquetés. Le 24 mars, dans la soirée, la fièvre s'allume, céphalalgie assez vive, quelques débris minuscules sont encore rendus au milieu de mucosités. Le 25, nous voyons sur les amygdales deux plaques diphthéritiques de forme ovalaire ; on les touche plusieurs fois dans la journée avec une solution de chloral à 5 %. Vomitif et continuation du saccharure de cubèbe et des toniques.

Le 26, les amygdales sont débarrassées, la rougeur persiste. Apyrexie complète.

Le 31, la malade rentre dans la salle commune, l'appétit revient, la voix et la toux sont encore un peu voilées.

Avril 6. — L'amélioration continue, la voix est à

---

tion par exemple, si ce que l'on dit ne vous passionne pas énormément, suivez votre idée pendant ce temps-là ! il ne faut pas faire une distinction trop absolue entre le temps où l'on travaille et le temps où l'on ne travaille pas, il faut toujours travailler, et c'est de cette façon qu'on arrive à travailler beaucoup sans se fatiguer. Il ne faut jamais se fatiguer, la contention est une très mauvaise chose et n'aboutit pas à de bons résultats intellectuels !

Ayez toujours une curiosité excessivement ouverte ; c'est la curiosité qui est la mesure de la valeur intellectuelle ; ayez envie de tout savoir ; les limites viendront d'elles-mêmes. Ah ! c'est là-dessus que nous vous portons envie, nous autres qui inclinons vers la fin de la vie. Nous vous portons envie de ce que vous saurez un jour, vous saurez des choses que nous ne saurons jamais. Ainsi, par exemple, dans les questions sociales, il y a tant de choses sur lesquelles nous n'osons pas nous prononcer ! eh bien vous les saurez ! Y a t-il une issue à la voie étrange où se sont engagées les sociétés modernes, ou bien ces problèmes, ces questions sociales sont-ce des impasses dans le genre de ces essais manqués des quatorzième et quinzième siècles ? Ou bien tout cela, au contraire, est-il susceptible de donner des solutions applicables et peut-être lumineuses ? Vous saurez cela dans vingt ans, dans quarante ans ; je vous en fais mon compliment. Que de beaux problèmes scientifiques vous verrez résolus ; vous saurez dans cinquante ans, au moins un peu plus clairement qu'on ne le sait maintenant, ce que c'est que la vie, ce que c'est que l'individu, ce que c'est que l'embryon, ce que c'est que la conscience. Vous saurez cela infiniment mieux que nous.

A mon point de vue spécial, savez-vous ce que je vous envie ? C'est que, dans cinquante ans, j'espère bien que quelques-uns de ces problèmes qui nous tourmentent si fort seront résolus ; cette littérature cunéiforme, babylonienne, à l'heure qu'il est, nous ne savons qu'en penser ! eh bien, dans cinquante ans, j'espère, on aura une immense littérature babylonienne qu'on comprendra et qu'on lira ; ce sera quelque chose de lumineux ; et à mon point de vue plus spécial, savez-vous de quoi je vous porte envie ? Nous n'avons à l'heure qu'il est que deux inscriptions hébraïques anciennes, antérieures à la captivité de Babylone ; mais de votre temps, dans cinquante ans, quand on pourra faire des fouilles à Jérusalem, on en connaîtra peut-être des centaines ? voilà de quoi je vous porte envie ; vous ne vous

peu près normale. La malade est faible, mais il n'y a pas de paralysie.

Exeat le 7.

J'ai revu cette fille le 8 juin ; elle a continué à se bien porter ; j'ai encore constaté une rougeur assez vive du larynx.

Avant son séjour à l'Hôtel-Dieu, et depuis son départ, il n'y a eu aucun cas de croup ou d'angine couenneuse dans son entourage.

Les médecins ayant quelque habitude des maladies de l'enfance savent que le croup n'a pas les allures tapageuses, les symptômes foudroyants que lui attribue le public. Ils savent que la toux bruyante, sonore, déchirante, survenant brusquement avec accès de suffocation, appartient surtout aux laryngites aiguës. (Ces toux effrayantes sont très-rapidement modifiées par la pilocarpine, ainsi que je l'ai encore observé récemment dans un cas de laryngite striduleuse et dans un cas de laryngite morbilleuse; aussitôt que la salivation commence, le larynx s'humecte et la toux perd sa raucité). Dans le croup au contraire, le début est insidieux comme dans la diphthérie en général ; pour les angines, par exemple, il est certain que l'angine herpétique, l'angine phlegmoneuse ont des symptômes bien plus aigus au début que l'angine couenneuse. Il en est de même pour les laryngites. Cependant, pour ne pas être très vive, la réaction de l'économie n'en existe pas moins et il est certainement très rare de voir une diphthérie laryngée ne causer aucune fièvre ni aucune dyspnée ; je ne connais pas d'exemple d'une pareille indifférence de l'organisme. On comprendra combien j'étais loin de penser au croup chez une fille d'auberge qui avait continué pendant six semaines un service fatigant et qui pendant quinze jours circulait en s'occupant dans une salle d'hôpital.

On peut se demander si cette laryngite pseudo-membraneuse était bien diphthéritique et s'il ne s'agissait pas là d'une production purement inflammatoire. A cela je répondrai que la malignité n'est pas la conséquence obligatoire du caractère infectieux des maladies ; combien ne voit-on pas d'angines couenneuses bénignes être suivies d'angines toxiques très graves : ce qui ne laisse aucun doute sur la nature des premières ! Il y a longtemps que Bretonneau et Trousseau ont fait la lumière sur ce point ; toute laryngite pseudo-membraneuse est une laryngite diphthéritique. Et d'ailleurs, chez notre malade, la laryngite a été suivie, au bout d'une semaine, d'une angine couenneuse manifeste.

Je n'hésite pas à croire que le croup existait dès le début de la maladie, car l'aphonie qui avait duré plus de deux mois, a disparu après le rejet des fausses membranes, bien que la muqueuse ait continué d'être enflammée ; cette extinction de voix avait pour cause la présence de l'enduit diphthéritique qui tapissait encore les cordes vocales lors de mon premier examen au laryngoscope. L'épaisseur de la fausse membrane, ses grandes dimensions, sa texture indiquaient bien qu'elle était de date ancienne. Sans doute il aurait été préférable de faire l'examen au laryngoscope dès l'entrée de la malade ; je demande qu'on m'accorde les circonstances atténuantes pour la raison qu'avec un service hospitalier aussi chargé que le mien, je ne fais cet examen que dans les cas rebelles ou difficiles.

On voit que le diagnostic du croup peut présenter certaines difficultés ; d'habitude, l'erreur consiste à croire au croup alors qu'il n'existe pas, j'ai eu l'occasion plusieurs fois de rassurer des parents

---

doutiez peut-être pas de votre bonheur, avouez-le ! (Rires). Je vous porte envie donc de ce que vous saurez et de ce que nous, nous ne saurons jamais.

Soyez toujours de très honnêtes gens, je vous conseille cela ; c'est un mot bien général, cependant il est assez clair et il se définit bien par lui-même. Je crois d'abord qu'on ne peut pas bien travailler si l'on n'est pas très honnête homme ; et j'ajoute que vous ne vous amuserez pas non plus sans cela, je veux dire que vous ne vous amuserez pas à l'ancienne manière, qui était la bonne ; il fallait être de très honnêtes gens pour cela ! Et tenez, vous m'inspirez tant de confiance que je vous dirai tout ce que je pense ! Je veux vous dire une chose intime ; gardez cela comme le bouquet spirituel, comme on disait du temps de saint François de Salles, de cette réunion. Dans vingt ou trente ans, il y aura longtemps que je ne serai plus de ce monde, eh bien, rappelez-vous ce que je vous aurai dit ici : Ne jouez jamais avec l'amour, ne profanez jamais l'amour ; l'amour est la chose la plus sainte qu'il y ait dans ce monde ! Regardez comme un acte véritablement criminel de trahir l'amour de la femme qui vous a ouvert les portes de l'idéal, et regardez en même temps comme un reproche qui vous poursuivrait en quelque sorte dans l'éternité les malédictions d'un être qui pourrait exister en ce monde et vous reprocher un jour son existence ! ce serait par votre faute peut-être qu'il serait dévoué au mal ! Je vous recommande cette pensée : ce que je vous ai dit ici est chose bien grave, mais je m'adresse à des personnes dont le sentiment moral est hautement formé ; je crois que les règles un peu étroites que le passé a imposées au mariage seront un jour un peu élargies, mais il y a une chose certaine, c'est que la chose la plus sainte qui soit en ce monde, la chose d'où dépend l'avenir de la vie, l'avenir du monde et de l'humanité, cette chose-là ne pourra jamais être livrée au hasard ni à la légèreté ! (Applaudissements.) Il faudrait que l'homme qui a un sentiment moral élevé fît porter tout l'effort de sa moralité sur ce point, de ne pas abandonner cette chose si sacrée, d'abord pour soi, et si sacrée ensuite pour l'humanité, au hasard et à l'imprévoyance.

Je vous demande pardon de vous communiquer des pensées si délicates ; mais je sais à qui je les livre ; je sais que je les livre à des esprits hautement cultivés ; vous êtes appelés par votre éducation exceptionnelle à des devoirs exceptionnels et tout particuliers, vous avez des liens infiniment plus stricts envers la société

auxquels on avait parlé de croup sans avoir examiné le pharynx et rien qu'en entendant une toux rauque de laryngite aiguë.

Je n'attribue aucune influence sur la guérison au traitement que j'ai employé. En matière de diphthérie, la modestie d'Ambroise Paré est de rigueur ; je suis toujours surpris lorsque je vois un confrère monter au Capitole ou du moins à la tribune de l'Académie de médecine pour annoncer qu'il a guéri une douzaine d'angines couenneuses par un traitement quelconque. Ce qu'il faut dire dans ce cas, c'est qu'on s'est trouvé en présence d'une épidémie bénigne ; j'avoue, pour ma part, avoir vu très rarement l'angine couenneuse toxique avec développement énorme des ganglions, intoxication générale, gangrène des muqueuses, adynamie, etc. En 1883, dans mon rapport sur les épidémies, je relatais une épidémie de 13 cas d'angine couenneuse avec un seul cas de mort par croup. J'avais employé comme traitement général les toniques, le cubèbe, le chlorate de potasse, la pilocarpine et comme traitement local : des badigeonnages avec un tampon de ouate trempé dans le mélange suivant :

R Jus de citron..............	âã 20 grammes.
Glycérine..................	âã 20 grammes.
Acide phénique	1 gramme.

Pour en revenir au croup, je dois dire que cette terrible maladie est assez rare sur le plateau de Laon ; depuis quinze ans, je n'ai eu qu'une fois l'occasion de faire la trachéotomie en ville, opération qui a très bien réussi. Il n'en est pas de même dans les faubourgs et les communes situées autour du plateau, le croup y sévit comme ailleurs et y a fait encore quelques victimes cet hiver.

Il résulte de l'observation qui fait l'objet de cette étude que :

1° Le croup peut être absolument latent, c'est-à-dire ne pas occasionner de fièvre ni de dyspnée, etc., se comporter comme une laryngite subaiguë.

2° Il peut avoir une durée très longue (70 jours environ, diphthérie prolongée de Cadet de Gassicourt).

3° Les diphthéries prolongées ne sont pas toxiques.

(*Union médicale et scientifique du Nord-Est.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 5 Juillet).

M. Le Fort a présenté une *filaire de médine* ou dragonneau qu'il a extraite de la cuisse d'un malade de son service, ancien marin. Cette filaire avait provoqué la formation d'un abcès, et, comme le malade porte encore un abcès au mollet, il est probable que dans ce deuxième abcès on trouvera encore un ver analogue au premier.

M. Bouchard a présenté, en son nom et au nom de M. Charrin, deux animaux sur cinq sur lesquels il a pu produire artificiellement la *cataracte* en administrant de la *naphtaline*. La cataracte s'est produite dans un espace de temps variant entre trois et vingt jours.

La dose journalière a été de 1 gramme par kilogramme d'animal. Cette dose peut rassurer les personnes qui administrent la naphtaline à l'homme comme médicament. Les doses employées sur l'homme sont au plus 1/16e de celles employées chez les animaux cataractés.

M. Rochard avait été chargé d'un rapport sur l'**alcoolisme**. En voici les conclusions, dont la dis-

---

que ceux qui ont reçu une éducation inférieure à la vôtre. Ne manquez jamais à ces devoirs, à vos devoirs envers l'humanité et envers notre pauvre France ; vous la verrez, nous l'espérons, nous en sommes sûrs, vengée, consolée et pacifiée ! J'en ai la confiance et voilà encore une des choses que certes je vous envie ! (Bravos et applaudissements.)

J'en suis sûr, et vous y contribuerez ! Donnez-lui de bons conseils, à cette pauvre France, et maintenant ne vous fâchez pas si elle ne vous écoute pas ! (Rires.) Il ne faut jamais se fâcher contre son pays ; il vous arrivera souvent, vous qui avez une raison supérieure, d'exprimer des pensées qui ne seront pas suivies : eh bien, consolez-vous-en ! Quelquefois on est heureux que les pensées que l'on a eues n'aient pas eu trop de conséquence ; je viens de vous le dire tout à l'heure, je suis très heureux que les observations que j'ai faites à ces messieurs n'aient pas été trop écoutées ! (Nouveaux rires.) Ce pauvre pays que nous aimons tant et dont nous faisons partie, il obéit quelquefois à des raisons d'instinct qui nous échappent ; et il a peut-être eu raison de ne pas trop nous écouter. Enfin, soyons toujours indulgents pour lui, ne nous brouillons, je vous le répète, ne nous brouillons jamais avec la France, quand même elle suit des avis très différents des nôtres, et qu'elle s'abandonne à des mains que nous considérons comme fort indignes de la conduire ! (Applaudissements.)

Mon Dieu, en politique, je ne puis pas vous donner beaucoup de conseils ; je ne suis pas très fort sur ce chapitre-là ! Ma situation en ce monde a toujours été bien singulière sur ce point ; je suis une espèce de légitimiste ! (Hilarité générale.) Oui, en ce sens que je voudrais qu'il y eût dans les sociétés humaines une dynastie — cela a été comme cela jusqu'ici — je ne demande pas mieux qu'on trouve mieux — une dynastie ou bien une constitution tout à fait sacrée, sacro-sainte et reconnue comme incontestée. Voilà mon point de vue. Je dois vous dire que cela m'a attiré d'étranges déconvenues ; cela supposerait qu'il n'y aurait pas de révolutions ; vis-à-vis des gouvernements nouveaux, j'éprouve une espèce de respect humain, oui, je ne veux pas trop vite me rattacher à eux ; j'ai peur qu'on ne me prenne, je veux dire que je ne me prenne moi-même comme ressemblant à quelqu'un qui court après la curée des régimes nouveaux. J'ai toujours eu pour principe d'attendre une dizaine d'années, pour voir comme cela les gouvernements devenir légitimes...

cussion commencera dans la prochaine séance :

L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère l'alcoolisation des vins comme nuisible ; mais, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, elle ne croit pas devoir s'opposer à la pratique du vinage des moûts, à la condition de se servir de sucres cristallisés.

Elle émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus pratiques et les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

Elle propose d'abaisser de 15 à 12 degrés la limite au delà de laquelle les vins de consommation générale devront être frappés de surtaxe.

Considérant que les eaux-de-vie et les liqueurs sont d'autant plus dangereuses qu'elles contiennent une plus grande proportion d'alcools supérieurs, elle pense que les eaux-de-vie de consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs ne doivent jamais contenir plus de 1 % au maximum de ces alcools.

L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre et de réglementer les cabarets, et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Commission des prix pour 1886.

L'Académie procède à l'élection des commissaires suivants.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — MM. Trélat, Legouest et Le Fort (Léon).

PRIX AMUSSAT. — MM. le baron Larrey, Verneuil et Lannelongue.

PRIX BARBIER. — MM. Goubaux, Sée (Marc) et Villemin.

PRIX BUIGNET. — MM. Gavarret, Bouchardat et Gariel.

PRIX CAPURON. — MM, Hervieux, Guéniot et Charpentier.

PRIX CIVRIEUX. — MM. Ball, Bucquoy et Siredey.

PRIX DESPORTES. — MM. Féréol, Hayem et C. Paul.

PRIX GODARD. — MM. Charcot, Bourdon et Peter.

PRIX HERPIN. — MM. Ricord, Cornil et Trasbot.

PRIX HUGUIER. — MM. Gosselin, Cusco et Tarnier.

PRIX LAVAL. — MM. Vulpian, Sée (Germain) et Panas.

PRIX LOUIS. — MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz et Lagneau.

PRIX MONBINE. — MM. Bergeron, Gallard et Besnier.

PRIX PORTAL. — MM. Laboulbène, Hérard et Vallin.

PRIX SAINT-PAUL. — MM. Empis, Labbé et Colin (Léon).

PRIX STANSKI. — MM. Luys, Polaillon et Leblanc.

PRIX VERNOIS. — MM. Roussel, Brouardel et Proust.

— A quatre heures vingt minutes, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Siredey sur les titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Bouchard ; en deuxième ligne, M. Damaschino ; en troisième ligne, M. Cadet de Gassicourt ; en quatrième ligne, M. Dugué ; en cinquième ligne, M. Dieulafoy ; en sixième ligne, M. Sanné.

(Rires). Dix ans : après tout, cela paraît bien suffisant, et, du reste, c'est au bout de dix ans qu'un gouvernement commence à faire quelque chose de bon ; jusque-là, il est appelé à payer les frais de son établissement. Mais savez-vous ce qui m'arrive avec ce principe, que je ne vous engage pas du tout à suivre, et je vous donne sur ce point des conseils bien mauvais, c'est qu'au moment où je commence à me rallier aux gouvernements, c'est-à-dire au bout d'une dizaine d'années, c'est le moment où ils commencent à faire leurs paquets (Rires), où tous les hommes qui ont quelque peu le sentiment politique s'écartent d'eux et leur tournent le dos, si bien qu'alors je suis occupé à escorter tous les gouvernements qui s'en vont par tous les chemins de l'Europe et qui n'ont pas été fidèles à eux-mêmes, car je leur suis plus fidèle qu'eux-mêmes ! (Applaudissements et rires).

La République, j'en suis convaincu, vivra éternellement ; mais enfin, je me figure quelquefois ce qui m'arriverait si elle tombait ; ce serait quelque chose d'inouï. Je ne suis pas républicain à *priori*, je suis un libéral ; eh bien donc, si, ce qu'à Dieu ne plaise, la République venait à tomber, je lui serais plus fidèle que les Républicains de la veille, j'en suis sûr, je lui serais encore fidèle cinq ou six ans après qu'elle ne serait plus ! (Hilarité générale). Mais maintenant, comme j'ai 63 ans bien comptés, cela me fait un avenir politique bien étrange ! Donc, sur ce point, je ne puis pas vous donner de conseils bien pratiques ni susceptibles d'application, mais je veux vous dire la manière de se mettre en règle avec sa conscience : il faut dire sincèrement ce que l'on pense ; je trouve que les trois quarts du temps, en recherchant les mandats politiques, on recherche des choses bien onéreuses et bien dangereuses. Les mandats politiques doivent être acceptés quand ils vous sont imposés ; mais il ne faut pas les rechercher. Ne demandez pas de mandats politiques ; ne les refusez pas. Oh ! avec ce principe, je vous assure que vous resterez tranquilles ; vous aurez votre repos assuré pour la vie entière, et vous pourrez avoir en même temps ce qu'il y a de meilleur en ce monde, je veux dire la paix de sa propre conscience ; vous pourrez vous dire que vous avez fait ce que vous avez pu, et vous dire, comme dans l'ancienne magistrature : *Dixi, salvavi animam meam.* Ma foi, j'ai dit ce que j'ai pensé, mon âme est sauvée. C'est tout ce qu'il faut ; arrive ensuite que pourra.

Il ne faut pas dire cela avec un sentiment de

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

I

Assurance contre la maladie, entre médecins.

Nos lecteurs savent que, depuis longtemps, nous étudions cette question. Nous espérons pouvoir faire, prochainement, un voyage à Londres, afin d'obtenir, de M. *Hart*, le fondateur de l'Assurance Anglaise, et de M. *Neison*, l'éminent statisticien qui a calculé les tarifs des trois assurances *vie, maladie, pensions de retraite*, les renseignements qu'on ne peut se procurer que par conversation. Nous aurons, ainsi, des détails sur le fonctionnement de l'œuvre et nous connaîtrons les résultats obtenus et les difficultés qu'il faudra surmonter pour établir, en France, *l'Assurance contre la maladie entre médecins.*

Nous avons également exposé dans les colonnes du journal un projet tout récent et que son auteur M. Lagoguey, peu au courant, jusqu'ici, des questions d'intérêt professionnel, croyait nouveau. On nous demande notre appréciation sur ce projet.

Nous la donnerons franchement ; heureux si nous pouvons éviter à notre confrère les illusions et les déceptions qu'on éprouve, lorsqu'on se contente de faire des calculs de probabilités, sans avoir, comme nous, pour l'organisation que nous proposerons, la sanction d'une expérience déjà longue, puisque l'Assurance anglaise fonctionne depuis 1884.

Le projet Lagoguey n'est pas fait pour les médecins riches, non plus que pour les pauvres. Il ne convient qu'aux confrères de situation moyenne ; en outre, il ne vise que les médecins de la Seine, déjà largement pourvus d'institutions de prévoyance par le fait de l'existence, à Paris, de l'*Association des médecins de la Seine*, qui est elle-même une heureuse superfétation de l'*Association générale.*

Conséquemment, ce projet est de portée restreinte et ne concerne que peu de confrères.

Il peut se résumer en ces termes : On demande à 200 médecins une cotisation annuelle de 120 fr.

On leur promet, en retour, s'ils deviennent malades, ou *infirmes* (!!) une allocation, de 10 fr. par jour de maladie.

Cette organisation est un peu primitive et ne nécessite pas des calculs bien approfondis.

On sera 200 sociétaires — on multiplie par 120, taux de la prime annuelle. Voilà les *recettes!*

On a la probabilité de tant de journées de maladie (précision fournie par les statistiques des sociétés de secours mutuels, statistiques peu applicables, selon nous, aux médecins), on multiplie le chiffre moyen par 10 : Voilà les *dépenses.* — Les mêmes statistiques fournissent un malade chronique à entretenir : tant pour le chronique. On place l'excédent à la réserve. Nous notons bien qu'on a prévu aussi, au budget des dépenses, une légère, bien légère somme pour les frais d'administration.

Ainsi, que vous ayez 25 ou 49 ans, la cotisation est la même pour vous. S'il y a des défaillances dans le versement de la prime mensuelle, tout est profit pour la réserve.

Tel est le projet, dans ses lignes essentielles. Il suffira, pour démontrer l'instabilité du système, d'examiner une seule face de la question.

Un malade chronique, ou un infirme, qui a cotisé trois ans, par exemple, et versé 360 fr., s'il vient à demeurer à la charge de la Société durant 15 années,

---

scepticisme ou d'indifférence ; je vous engage au contraire, vous qui êtes jeunes, vous qui allez voir des choses curieuses et si étranges, vous qui verrez, je l'espère, la résurrection de notre pauvre pays... (Applaudissements.) Je vous engage bien tous à ne jamais vous décourager ! Faites une grande provision de bonne humeur, cela vous sera peut-être nécessaire dans bien des circonstances de la vie, faites une grande provision de bonne humeur, ayez la résolution, sauf les moments de danger et de deuil pour la patrie, de ne pas vous abandonner au désespoir. Il faut un peu, par le temps où nous sommes, s'habituer aux tremblements de terre, ou, pour mieux dire, au mal de mer ; il y a des esprits sages, comme mon admirable ami, M. Taine ; c'est un esprit incomparable, mais il lui faudrait toujours la sécurité ; pour lui, l'idéal de la vie humaine, ce serait un sol comme celui de cette salle ; le plancher des vaches, comme on dit dans les pays marins ; il ne peut pas s'habituer au mal de mer ! Mon Dieu, qu'est-ce que vous voulez ? C'est la condition qui nous est faite. Au pied du Vésuve, où les tremblements de terre sont si fréquents, il y a encore des endroits charmants et où l'on peut mener une vie agréable. Faites donc une grande provision de gaité et de sérénité ; c'est notre vieille philosophie gauloise, et c'est peut-être la plus vraie et la plus profonde philosophie ; c'est le vieux défaut qu'on nous reproche, le défaut français comme l'on dit ! Ne vous hâtez pas trop de vous en corriger, parce que ce défaut-là, dans quelque temps peut-être, deviendra comme bien d'autres, une qualité que le monde nous enviera. (Applaudissements.)

Continuez donc d'être ce qu'ont été nos pères ; continuez de chanter comme eux le « Gaudeamus igitur » ! « Igitur » est très joli ! Il n'y a rien auparavant ! (Rires.) « Gaudeamus igitur, dum juvenes sumus. » — « Nos habebit humus ! » c'est la triste fin ! Il n'est pas nécessaire d'en tant parler.

Je vous demande pardon : Je viens de vous faire un véritable sermon laïque, et je me suis érigé en donneur de conseils ; mais c'est votre bonté qui m'y a incité. Je vous remercie bien vivement de cette soirée, et je demande à ceux d'entre vous qui ne me verront plus de garder de moi, quand je serai dans l'autre monde, un bon et affectueux souvenir. (Bravos et applaudissements.)

recevra, chaque année, 3,650 fr., soit, en 15 ans, 54,750 fr. fournis par ses 200 co-associés.

En vérité, nous n'envisagerions pas, sans quelque crainte, une telle éventualité, si nous étions au nombre des patrons de ce plan ! Nous ne voulons pas pousser plus loin nos prévisions et admettre, en pessimiste, deux ou trois malades chroniques ou infirmes, car, dans ce cas, ce serait cent et cent cinquante mille francs qu'il faudrait verser à ces deux ou trois sociétaires, sans préjudice des indemnités de maladies aux autres adhérents.

Quelle est la Société mutuelle qui aurait assez de vitalité pour résister à de pareilles éventualités ?

Nous ne voulons pas décourager M. Lagoguey. Avec de la persévérance et de profondes modifications dans les statuts, la Société en projet viendra peut-être au jour.

Mais que M. Lagoguey, peu au courant des questions professionnelles (puisqu'il paraît ignorer celles qui sont déjà résolues et qu'il ne connaissait pas, nous a-t-il écrit, l'*assurance anglaise contre la maladie*), se garde de phrases telles que la suivante, que nous trouvons dans la *Gazette hebdomadaire* : « Je n'ajouterai qu'un mot sur les raisons qui nous ont fait rejeter la création des pensions de retraite. Pour que la retraite atteigne un taux élevé, il faut, suivant l'âge, s'imposer toujours des sacrifices importants. Cette retraite est surtout utile aux vieillards qui cessent de travailler ; or, le médecin ne pouvant cesser d'exercer, le plus souvent, que quand ses forces sont épuisées, trouvera dans notre association, une indemnité beaucoup plus considérable que cette retraite même ».

Il serait trop long et sans utilité de relever toutes les contradictions renfermées dans ces assertions. Mais qu'il est donc singulier que M. Lagoguey ait pensé à créer des pensions de retraite et qu'il ait négligé de s'enquérir s'il n'existait pas une institution médicale de cet ordre !

Il eût été bien inspiré de se renseigner, car il eût appris, bien moins par la lecture des *statuts*, que par le long récit de la longue préparation de l'œuvre du *Concours médical*, aujourd'hui en pleine prospérité, que les organisations ne s'improvisent pas dans le silence du cabinet, d'un seul jet d'inspiration. Il faut faire appel aux hommes qui ont médité sur la question à résoudre et n'y épargner ni la peine, ni le temps, ni l'argent. C'est ainsi que nous avons procédé pour la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*.

M. Lagoguey nous permettra de lui faire observer aussi que, s'il veut réussir, il doit adopter le principe de notre CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE : « *A chacun selon ses versements, selon son âge et par conséquent selon son droit* ! » Il doit en outre méditer longuement une affaire dans laquelle il s'agit de mettre en commun des économies péniblement amassées et se rappeler que, s'il met à exécution son projet, il est forcément condamné à réussir, sous peine de la plus grave responsabilité.

A. C.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

LA DÉONTOLOGIE EN ANGLETERRE.

Consultants et praticiens anglais.

1° Le *British Medical Journal* du 26 juin 1886 contient une série de lettres de praticiens anglais, conçues toutes dans le même esprit, et dans lesquelles ils se plaignent de la situation qui leur est faite par les agissements de certains médecins consultants. « Ayant adressé un malade, pour lequel je jugeais une consultation nécessaire, au docteur X..., je n'ai plus revu le malade depuis cette époque, mais j'ai appris qu'il continuait à être soigné régulièrement par M. X. en dehors de mon intervention. »

Ils font remarquer que, si le fait se généralisait, ils se verraient obligés de ne plus envoyer de malades aux médecins consultants, malgré le tort qui pourrait en résulter pour le malade, et ils estiment qu'il est du devoir d'un consultant de refuser ses soins, même pour une maladie ultérieure, à un patient qui leur a été adressé par un confrère traitant habituellement ce malade.

2° Le Dr A. écrit au rédacteur en chef du même journal la lettre suivante :

« Monsieur, je serais désireux d'avoir votre opinion sur la conduite que j'ai suivie dans le cas suivant. Je fus appelé le 31 mai dernier près d'une femme en travail. La poche des eaux s'était rompue 18 heures avant mon arrivée et le travail ne durait que depuis 5 heures. Je diagnostiquai immédiatement une présentation de l'épaule. La patiente était une femme jeune, nerveuse, sensible ; je mis l'entourage au courant de la nature du cas et envoyai quérir un confrère pour donner le chloroforme pendant que je ferais la version. — Ce confrère était absent ; on alla chercher à sa place un autre praticien, le Dr X. A son arrivée dans la chambre, j'expliquai à ce dernier la situation en quelques mots. Il répondit qu'il n'était pas besoin de chloroforme pour faire la version, et à partir de ce moment, feignant d'oublier ma présence, il se mit à faire l'opération.

Elle marcha d'abord régulièrement. Le fœtus fut extrait en état de mort apparente et, malgré la respiration artificielle pratiquée par mon confrère, l'enfant ne tarda pas à succomber.

Comme j'avais informé le Dr X. du but dans lequel j'avais réclamé son assistance et que j'avais paisiblement protesté contre son ingérence, je pensai, dans l'intérêt de la patiente, que je devais lui abandonner ultérieurement la responsabilité des soins ; j'informai donc l'entourage, que, puisque le docteur X avait pris le cas en mains, il était préférable qu'il continuât à donner ses soins à la nouvelle accouchée. Le docteur X. refusa et, comme j'insistais pour me retirer, il s'écria que *j'étais un jeune homme et que je ne savais rien*.

Je désire donc connaître de vous, Monsieur, si j'ai agi correctement en refusant de continuer à la malade, les soins qu'avait accaparés mon confrère.

Le Directeur du *British* répond :

Le principe sur lequel les Drs A. et X. auraient dû, dans le cas dont il s'agit, régler leur conduite est clairement exposé dans le code de déontologie médicale.

Quand une consultation est réclamée par un praticien dans un cas difficile d'accouchement, et qu'une opération : version, application de forceps, etc., a été décidée, cette opération doit être faite par le

médecin qui était appelé pour faire l'accouchement, et non par le consultant, à moins que le premier n'ait pas les titres voulus pour agir. Dans ce cas, c'est le consultant qui prend la direction et la responsabilité de l'opération.

Il arrive cependant assez souvent que le médecin de la famille, par courtoisie, prie le consultant d'opérer. Dans ce cas, ce dernier doit le faire, mais dans ce cas seulement ; il pourrait, sans le vouloir, jeter du discrédit sur la capacité professionnelle de son confrère.

La conduite du consultant dans le cas qui précède est en opposition avec l'article cité. Quant à ce qui regarde la conduite du Dr A., nous pensons, que devant la conduite provocatrice du docteur X. le Dr A., en abandonnant la malade, a rigoureusement accompli son devoir envers la patiente, envers son confrère et envers lui-même.

Il nous paraît, cependant, qu'il eût bien fait de réitérer sa protestation ailleurs que dans la chambre de la malade sur un ton calme et digne, et de communiquer courtoisement au Dr X. son intention d'en référer à l'opinion.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical de Coutras.

Séance du 8 juin 1886.

Le Syndicat médical de Coutras a tenu sa réunion générale semestrielle, le 3 juin, au lieu ordinaire de ses séances, sous la présidence de M. le Dr Barat-Dulaurier, vice-président, en l'absence de M. Caussade, président absent.

M. Chayron, secrétaire, donne lecture de la correspondance. Elle comprend, entre autres pièces, une lettre de M. Viaud, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Bordeaux, que ses devoirs professionnels tiennent éloigné et qui, ne pouvant assister aux réunions, donne sa démission de membre du Syndicat, tout en assurant ses confrères de ses plus vives sympathies pour l'œuvre qu'ils poursuivent.

Sur la proposition de M. Chayron, il est décidé, à l'unanimité, qu'une lettre sera adressée à M. le professeur Viaud pour lui exprimer le regret d'une détermination devenue presque une nécessité par suite de l'éloignement et des occupations de notre honorable confrère. En outre, en témoignage de la juste estime professée à l'égard de M. Viaud, il est décidé que sa démission pure et simple ne serait point acceptée, jusqu'à nouvel ordre, et que le titre de membre honoraire du Syndicat lui serait offert.

M. Lande, président d'honneur, a également adressé une lettre d'excuses. L'assemblée admet, sans discussion, les excuses de M. Lande. L'amende prévue par les règlements est prononcée contre les autres membres absents.

L'ordre du jour appelle la désignation d'un délégué destiné à représenter le Syndicat à la prochaine réunion de l'Union des Syndicats médicaux de France. M. B. Dulaurier fait remarquer la convenance qu'il y aurait à charger successivement un certain nombre de membres de la société de remplir cette mission. Ayant déjà, deux années consécutives, été investi de cet honneur, il prie ses confrères de choisir un autre représentant. Après échange de quelques observations, il propose la candidature de M. le Dr Chayron, secrétaire-trésorier du Syndicat. Cette proposition est adoptée par acclamations.

En conséquence, M. Chayron représentera le Syndicat de Coutras à la réunion générale annuelle de l'Union, à Paris. Il recevra, sur les fonds du Syndicat, une indemnité de déplacement de cent francs.

M. Dulaurier fait ensuite connaître à ses confrères les principales questions examinées par le bureau de l'Union des Syndicats, dans la séance du 1er mai dernier, séance dont le compte rendu sommaire a été publié dans le no 23 du *Concours*. Il attire particulièrement l'attention du Syndicat sur les poursuites dont un de nos confrères du Havre est actuellement l'objet de la part des ayants cause d'un de ses clients décédé. Notre confrère, se trouvant lié par diverses considérations et particulièrement par les prescriptions de l'article 378 du code pénal et les interprétations récentes qui en ont été faites par la Cour d'appel de Paris et la Cour de cassation, a refusé de délivrer un certificat énonçant la cause de la mort de son client et destiné à être fourni à une Compagnie d'assurances sur la vie. Sur la demande de M. Margueritte, président du Syndicat du Havre et de l'Union des Syndicats, il a été décidé que l'Union supporterait les frais du procès intenté à notre confrère. L'intérêt qui s'attache, pour chacun de nous, à la solution définitive d'une question aussi délicate, justifie pleinement la détermination du bureau de l'Union. Le Syndicat de Coutras, à l'unanimité, donne son approbation à la décision prise par le bureau de l'Union. Il espère que, même les syndicats qui n'ont pas adhéré à l'Union, voudront contribuer, pour une part, aux dépenses que nécessitera le procès en question et qu'ils trouveront, dans les circonstances présentes, une raison légitime pour donner leur adhésion à l'Union, qui sait prendre hardiment en main la défense de nos intérêts professionnels, partout où ils sont menacés ou compromis.

M. Dulaurier expose ensuite le résumé des travaux accomplis à l'Association générale dans les deux séances du 2 et du 3 mai. Il fait ressortir combien l'attitude observée actuellement par l'Association vis-à-vis des Syndicats diffère de celle qu'elle avait prise aux débuts. C'est ainsi que, dans son rapport sur le projet de création d'un ordre des médecins, M. de Ranse, rapporteur de la commission de l'Association, insiste sur les services que rendent, chaque jour, les syndicats, concurremment avec l'Association générale et toutes les autres sociétés qui, à un titre quelconque, nous permettent d'unir nos efforts. Les relations entre les syndicats et l'Association sont actuellement établies sur les bases d'une bienveillance réciproque. La pétition soumise à la signature des délégués par le bureau de l'Association réclamant, en faveur des syndicats médicaux, les bénéfices de la loi du 21 mars 1884, est une preuve évidente des bonnes dispositions dans lesquelles se trouve actuellement l'Association. M. Dulaurier voit avec une vive satisfaction cette évolution. C'est une preuve que les syndicats paraissent aujourd'hui, à la grande majorité des médecins français, destinés à rendre de sérieux services et il y trouve un encouragement à la fondation de nouvelles sociétés de ce genre, partout où elles font encore défaut. Le Syndicat de Coutras félicite l'Association générale d'être entrée dans cette voie.

La création d'un ordre des médecins ayant été jugée inutile ou même nuisible par l'Association, le syndicat fait toutes réserves quant au principe en lui-même, la question ne lui paraissant pas résolue d'une façon définitive.

Enfin, après avoir pris connaissance du rapport de M. Passant sur les certificats de décès et les conclusions adoptées par l'organe de la commission, sur la proposition de M. le Dr Laffite, appuyée par un grand nombre de confrères, la motion suivante est mise aux voix et adoptée :

« Les membres du Syndicat de Coutras, réunis en « assemblée générale, *à l'unanimité*, protestent « contre la façon dont M. Passant s'est approprié, « en les copiant presque textuellement, les conclu- « sions votées par eux sur un rapport de M. Barat- « Dulaurier lu le 6 décembre 1885, rapport publié « dans le *Journal de médecine de Bordeaux* du 5 « janvier 1886 et dans le *Concours médical* du 9 « janvier de la même année. »

M. le Président Caussade, conseiller général, absent à l'ouverture de la séance, venant d'arriver, la question du service des enfants assistés et de l'inspection des enfants du premier âge est de nouveau abordée. Malgré les améliorations introduites dans ces deux services depuis quelques années, il est néanmoins reconnu qu'ils laissent encore beaucoup à désirer. En ce qui concerne l'inspection du premier âge particulièrement, plusieurs membres font observer que parents et nourrices se figurent beaucoup trop facilement que le médecin n'est pas seulement chargé d'une mission de surveillance, mais, qu'en outre, il doit donner, en cas de maladies, tous ses soins à l'enfant placé. De là, des exigences intolérables de la part des parents ou des nourrices. De là aussi, des difficultés insurmontables pour le recouvrement des honoraires. Il serait à désirer que parents et gardiens fussent avertis très formellement par l'administration que *le médecin inspecteur ne doit que les visites fixées par la loi et que les soins pour cause de maladie restent à leur charge.*

Il est en outre admis que l'étendue des circonscriptions est beaucoup trop grande ; que dans ces conditions l'application de la loi est absolument impossible. Il y aurait donc lieu de demander la révision des circonscriptions. A l'appui de cette opinion, un des membres présents rappelle l'exemple d'un confrère chargé du service dans deux cantons très étendus. De plus, ce confrère, bientôt octogénaire, ne saurait être doué d'une activité suffisante pour visiter sa circonscription et accomplir régulièrement son mandat. Aussi est-il reconnu que bien des nourrissons placés dans sa circonscription n'ont jamais reçu sa visite. Plusieurs situations analogues pourraient être signalées dans le département.

En présence des bienfaits incontestables que rend la loi Roussel, il est décidé que la question des circonscriptions inspectorales sera de nouveau portée devant M. le Préfet de la Gironde. Il sera demandé que le nombre en soit augmenté et que, *autant que le permettront les nécessités administratives*, chaque médecin soit chargé, *dans l'étendue de sa clientèle*, d'une mission qui n'est point et ne saurait être une source sérieuse de profits, mais qui est, avant tout, une mission humanitaire et sociale au premier chef.

La séance est levée à 5 heures et une table, bien servie par le buffet de la gare, réunissait, quelques instants après, en un dîner aux frais de la caisse commune, tous les confrères qui s'étaient rendus à la réunion. Le président et le vice-président du Syndicat de Libourne, invités au banquet, étaient excusés ; leur absence a été universellement regrettée, un toast a été porté aux absents et chacun est rentré au logis emportant un excellent souvenir de cette fête de famille.

Le vice-Président,
AD. BARAT-DULAURIER.

CORRESPONDANCE

Paris, 4 juillet 1886.

Mon cher rédacteur en chef,

Un grand nombre de nos confrères ont reçu ces jours derniers une lettre signée Dr *Huchard*, recommandant une spécialité pharmaceutique contre la tuberculose, la bronchite chronique et l'asthme. J'ai à peine besoin de déclarer que je suis absolument étranger à la rédaction de cette lettre. Pour éviter toute confusion avec d'autres médecins qui portent mon nom, je signe tout ce que j'écris : *Henri Huchard.*

Agréez, etc.

Henri HUCHARD,
Médecin de l'hôpital Bichat.

NOUVELLES

Le Monument de Ch. Robin.

Les amis et les disciples de Ch. Robin ont résolu de réunir par souscription les fonds nécessaires à l'érection d'un monument qui consacrât la mémoire du savant et du philosophe. Une somme importante a déjà été recueillie. En tête de la liste figurent les noms de plusieurs collègues de Ch. Robin, soit au Sénat, soit dans l'Enseignement supérieur.

Les personnes qui voudront prendre part à cette souscription et recueillir des adhésions nouvelles sont priées de transmettre les fonds à M. Octave Doin, éditeur, place de l'Odéon, qui a bien voulu se charger de les centraliser.

En tête de la liste se sont inscrits : MM. Goujon, 500 fr. ; Reliquet, Pouchet, Arbel, 100 fr. ; H. Rouen, 50 fr. ; docteurs Paulin, Delaporte, Championnière, Peter, Gimbert, 20 fr. ; Germain Casse, Hamy, 5 fr., etc., etc.

— Le total des 44 listes de souscription pour l'Institut Pasteur se monte à 1,077,553 fr. 41, chiffre qui, joint aux dons de l'Etat, des Conseils généraux, des municipalités et de plusieurs Etats étrangers, porte à 1,300,000 fr. au moins la somme dont dispose l'Institut.

— Le choléra sévit toujours avec intensité en Italie. Jusqu'ici notre frontière est indemne, et il faut bien espérer qu'elle ne sera pas envahie.

Le Dr Charrin a été délégué par le ministère du commerce pour apprécier la situation sanitaire de nos départements limitrophes de la frontière italienne.

— Un exemple qui devrait tenter quelques-uns de nos riches compatriotes : Un généreux anonyme a donné cent mille dollars à l'University medical college de New-York pour la fondation d'un laboratoire.

NÉCROLOGIE

PRAT (J.-M.) est mort à Paris le 27 juin, dans sa 65e année, à la suite d'une longue maladie. Fils d'un médecin de l'hôpital Saint-Antoine, il s'était adonné à l'étude des sciences naturelles et biologiques et avait travaillé pendant longtemps au Muséum d'histoire naturelle avec Gratiolet. Il appartenait à presque toutes les Sociétés scientifiques de Paris et jouissait de l'estime de tous.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Huitième année **N° 29** 17 Juillet 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Nous avons plus d'une fois insisté sur les avantages que présenterait la création d'un ministère ou d'une **direction de la santé publique** autonome. Aussi est-ce avec satisfaction que nous insérons dans ce numéro la proposition de loi qui vient d'être déposée à la Chambre des députés par M. Siegfried. Il est vrai qu'entre le dépôt d'un projet de loi et son vote, comme entre la coupe et les lèvres !.. Mais n'importe, il faut avoir patience et espérer que notre Parlement finira par s'occuper de nos affaires. Or celle-là est des plus importantes, ainsi que le prouvent ces quelques chiffres tirés de l'exposé des motifs :

« Notre proposition a enfin pour objet de mettre la France en possession de cette organisation de la santé publique dont certains pays ont puisé les éléments dans des publications françaises.

Notre pays est aujourd'hui celui de toute l'Europe, dans lequel l'excédent des naissances sur les décès est le moins élevé, et, si notre mortalité, quoique très élevée, n'a cessé cependant de diminuer, cela tient surtout à ce que notre faible natalité a pour conséquence une mortalité totale de 0 à 5 ans relativement faible par rapport aux autres nations.

Néanmoins notre mortalité (23.8 pour mille) est encore plus forte que celle de l'Angleterre, de la Belgique, des peuples du Nord, à l'exception de la Russie et de la plupart des Etats de l'Allemagne.

Notre population a une période de doublement bien plus longue que celle de tous les pays qui nous entourent, et, si notre excédent se maintient encore, cela tient à l'immigration si nombreuse des étrangers sur notre territoire (27 0/00 en France, contre 5 0/00 en Angleterre et 6 0/00 en Allemagne.

C'est uniquement par leurs réformes dans la législation et surtout dans l'administration sanitaire, que l'Allemagne, l'Angleterre, etc., sont parvenues à diminuer leur mortalité ; il est urgent que nous imitions leur exemple pour le plus grand profit de notre nationalité. »

Notre distingué collègue, le Dr R. Durand-Fardel, vient de publier d'intéressantes recherches sur la **tuberculose du rein**. Des investigations patientes lui ont permis de démontrer la présence des bacilles de Koch dans les reins, alors que les lésions tuberculeuses ne sont pas encore visibles, dans les formes aiguës de la tuberculose. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

Dans la tuberculose miliaire aiguë du rein, les bacilles pathogènes peuvent être trouvés dans l'intérieur des vaisseaux, des glomérules, des tubes et dans les espaces interstitiels. — On peut trouver des bacilles dans le bouquet vasculaire du glomérule, alors même que les lésions anatomiques n'y sont pas encore apparentes ; il en est de même dans quelques vaisseaux. Dans les altérations commençantes, les bacilles affectent de préférence la surface des anses glomérulaires ; dans les lésions plus avancées, on les rencontre diffuses dans les infiltrations tuberculeuses péri-glomérulaires en même temps que dans le glomérule. La présence des bacilles dans les artérioles afférentes, en quantité considérable, démontre nettement la généralisation de l'infection tuberculeuse aiguë par le système sanguin.

La cirrhose alcoolique peut-elle guérir spontanément ? Quelle est sa durée ? Voilà des questions qui à en croire les livres classiques, seraient résolues, et

cependant, il n'en est rien, puisque à la dernière séance de la **Société médicale des hôpitaux**, l'accord était loin d'être complet parmi les membres qui ont pris part à la discussion.

M. Troisier avait présenté un malade qui, après avoir eu une ascite évaluée à 7 ou 8 litres, ascite attribuée à l'existence d'une cirrhose alcoolique, a vu disparaître en très peu de temps, sous la seule influence du régime lacté, cette ascite. Elle ne s'est pas reproduite et la guérison paraît probable à M. Troisier, qui rappelle des cas analogues déjà cités par M. Leudet et M. Hanot.

D'après M. Moutard-Martin, la disparition de l'ascite n'indique nullement la guérison, il a vu plusieurs fois l'ascite disparaître chez les cirrhotiques, sous l'influence de purgatifs drastiques réitérés, mais elle se reproduit au bout d'un temps variable.

M. Richard a cité une observation de cirrhose alcoolique dont le sujet était encore vivant et non alité trois ans après le début.

M. Féréol connaît un fait très singulier. Un homme, atteint de cirrhose, ayant subi deux ponctions, ne voit plus l'ascite se reproduire ; mais un épanchement se forme dans sa plèvre, épanchement hématique rouge-noir, translucide, où le microscope décèle très peu d'hématies, et beaucoup de cristaux d'hématoïdine. La pleurésie guérit, comme l'ascite avait guéri. De quoi s'agit-il dans ce fait ? M. Féréol soulève l'hypothèse de veines pleurales variqueuses s'étant rompues lentement.

M. Legroux a vu aussi une cirrhose durer deux ans avec une ascite intermittente qui disparaissait par les drastiques.

M. Labbé s'est demandé si l'on n'avait pas tort de diagnostiquer cirrhose dans des cas où l'ascite a disparu ultérieurement et où il s'agissait peut-être de phlébite de la veine porte. Mais ses collègues, notamment M. Guyot, lui objectent la rareté extrême de cette maladie impossible à diagnostiquer. M. Guyot en cherche vainement un cas depuis 30 ans.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Complications, pronostic et traitement de certaines fractures du péroné (1).

Les fractures les plus communes ne sont pas toujours les mieux connues ; si l'on ne tient pas compte de certaines particularités, on s'expose à ne pas bien conduire leur traitement. Pour notre part, nous avons souvent vu des individus atteints de fracture du péroné, considérés comme guéris et marchant très mal, présentant une sorte de pied plat valgus, rendant l'équilibre et la progression très difficiles. MM. Sebileau et Blaise ont réuni, dans un travail consciencieux, presque tout ce qui a été écrit au sujet de la fracture de Dupuytren, et exposé la pratique de M. le Dr Terrillon dans le traitement de cette affection. C'est une fracture dans laquelle, dans un mouvement d'abduction forcée du pied, le péroné se brise à quelques centimètres au-dessus de la malléole externe, la malléole interne s'arrache parfois ; il y a diastasis de l'articulation péronéo-tibiale inférieure dont le ligament antérieur, au lieu de se déchirer, peut arracher une petite portion de tibia.

Les signes de cette fracture sont ordinairement bien faciles à reconnaître, dans les cas types « ils crèvent les yeux par leur grossièreté » (Trélat) Nous n'allons que le rappeler ici. Le *bruit de fracture* peut être perçu par le blessé lui-même au moment de l'accident. Le pied est *dévié en dehors* le plus habituellement, et la déviation peut ne se montrer quelquefois que deux ou trois jours après l'accident sous l'influence de la contraction des péroniers et du triceps.

On trouve dans un point déterminé, en la recherchant avec le pouce promené sur la face externe du péroné, une *douleur vive* caractéristique ; on peut encore l'éveiller en pressant de dehors en dedans sur la partie supérieure du péroné ou bien en le heurtant (Tillaux) avec un petit marteau recouvert d'ouate.

La *mobilité* au niveau de la fracture s'obtient par la pression sur le sommet de la malléole ; quand il y a du gonflement, il faut par de douces frictions refouler le liquide accumulé dans le tissu cellulaire afin de dégager l'os.

Le *ballottement* du pied dans la mortaise tibio-péronière est tout à fait pathognomonique du diastasis péronéo-tibial.

Du côté de la malléole interne ou bien il y a une saillie lisse, régulière sous la peau, elle est alors intacte ; ou bien, la saillie est rugueuse, transversale, le tibia est même brutalement coupé au niveau de la base de la malléole.

Quand la malléole n'est pas fracturée, une dépression marquée se voit au-dessous d'elle au niveau de l'arrachement du ligament latéral interne.

L'*enfoncement du péroné* vers le tibia, (coup de hache de Dupuytren) n'est pas toujours très marqué ; il est en général corrélatif de l'élargissement de la mortaise tibio-péronière.

Nous passons sur les autres signes beaucoup moins importants pour faire ressortir ce qui constitue la gravité et les difficultés thérapeutiques de la fracture de Dupuytren.

Tout dépend de la violence primitive et du désordre produit dans l'articulation tibio-tarsienne, dans la tibio-péronière et les ligaments de la région.

Parfois facile, quelquefois la *réduction* parfaite de la fracture est très malaisée, et le chloroforme est indispensable pour arriver à un bon résultat.

Mais ensuite le pied tend à revenir dans sa position vicieuse, le coup de hache tend à se reformer et si un bon appareil n'est pas appliqué, la déformation se reproduit ; si l'on n'y veille, la fracture va se consolider dans une position vicieuse. Il est un fait des plus importants qu'il est utile de bien mettre en lumière ; si l'on enlève l'appareil de con-

(1) La fracture de Dupuytren in *Archiv. gén. de Médecine*, juin et juillet 1886 (Sebileau et Blaise).

tention trop tôt, même quand la consolidation osseuse est faite, la déformation corrigée d'abord, va se reproduire progressivement, car les ligaments ne se réparent pas aussi vite que le tissu osseux. Il se produit alors un élargissement de la mortaise tibio-péronière, l'articulation joue trop librement, de là l'impotence fonctionnelle, la douleur, les troubles notables auxquels on a même remédié par la résection de la malléole. Il faut donc se rappeler que toute fracture de Dupuytren est sérieuse, car toute déviation primitive, si légère qu'elle soit, peut ou persister ou se reproduire, si le traitement est trop court ou mal dirigé.

Nous ne parlerons point ici des complications que l'on peut rencontrer dans la fracture que nous étudions, comme dans toutes les autres ; nous dirons seulement qu'étant toujours articulaire ou juxta-articulaire, elle donne fatalement lieu à des arthrites plus ou moins intenses, à une roideur articulaire qui peut aller jusqu'à l'ankylose et chez les sujets tuberculeux, être le point de départ d'une tumeur blanche tibio-tarsienne.

D'après toutes ces considérations, il faut se graver dans l'esprit que la fracture de Dupuytren est une fracture grave ; par conséquent sa thérapeutique doit être soigneusement réglée. Voici quel traitement conseille M. Terrillon. Pour lui l'appareil de choix est la *gouttière plâtrée*; cette gouttière, pour faire une contention efficace, surtout dans les fractures avec diastasis considérable ou semi-luxation tibio-tarsienne, doit contenir le pied, la jambe et remonter jusqu'à mi-cuisse afin d'immobiliser le genou.

On réduit la fracture avec soin, à l'aide du chloroforme, s'il est besoin ; puis on place le membre dans la gouttière en ayant soin que l'axe de la jambe passe bien par le deuxième orteil ; pour cela il faut porter fortement le pied en dedans. A mesure que le membre devient libre dans la gouttière, on resserre les valves. On doit maintenir cette gouttière appliquée durant deux mois. Quand le malade commence à marcher, il faut lutter contre la tendance à la déformation au moyen d'un appareil formé d'une bottine à tige élevée dont la semelle s'articule, au niveau des malléoles, avec deux montants, interne et externe. Au montant interne on adapte une large courroie qui va se fixer à un bouton placé sur l'externe ; de sorte que, dans la station verticale, les deux os sont maintenus le plus rapprochés possible. Le malade se servira de cet appareil pendant deux mois environ, jusqu'à ce que la région tibio-tarsienne présente une solidité suffisante et ne soit plus douloureuse en aucun point.

De la rectotomie externe postérieure. (1)

Comme l'indique son nom, cette opération consiste à ouvrir le rectum par sa face postérieure ; soit, comme le fit le premier M. le professeur Panas, en divisant de dedans en dehors intestin, sphincter et peau sur la ligne médiane vers le sommet du coccyx ; soit, comme le conseille M. Verneuil, en passant par l'intestin une chaîne d'écraseur à l'aide d'un trocart, et en divisant toutes les parties contenues dans l'anse coupante. Cette opération en ouvrant largement le sphincter a l'avantage de ne point donner lieu aux accidents dus à l'infiltration des gaz ou des matières fécales dans le tissu cellulaire péri-rectal, comme on le voit après d'autres manœuvres opératoires intra-rectales surtout quand elles sont suivies de tamponnement.

La *rectotomie externe* peut répondre à de multiples indications. Le Dr Dubar (de Lille) l'a très efficacement employée dans un cas délicat dont voici le récit. Une femme avait eu un abcès de la cloison recto-vaginale (paroi antérieure du rectum) ouvert dans l'intestin. L'abcès s'était mal vidé et il s'était formé un clapier très étendu, dont la suppuration très abondante affaiblissait notablement la malade. Il était très difficile, sinon impossible, au chirurgien de voir ou d'arriver sur la poche et son orifice en franchissant le sphincter intact et par conséquent serré. Aussi pratiqua-t-il la rectotomie postérieure comme opération préliminaire ; il obtint ainsi une très large voie qui lui permit d'apercevoir nettement la paroi antérieure du rectum, de débrider l'orifice fistuleux, d'ouvrir et de nettoyer le foyer de suppuration. Dans la suite tout se passa pour le mieux, l'état général de la malade ne tarda pas à s'améliorer : au bout de trois mois elle était tout à fait guérie et le sphincter avait recouvré ses fonctions.

A propos de cette observation M. le professeur Verneuil a rappelé que depuis longtemps il préconise la rectotomie postérieure dans les rétrécissements et certains cancers du rectum. Dans tous ces cas elle est palliative ; il la pratique avec l'écraseur de Chassaignac, d'où le nom de rectotomie linéaire dont il a qualifié le procédé. Quand le rétrécissement se complique de trajets fistuleux qui aboutissent au-dessus de lui, le trajet sert à conduire le stylet ou le trocart auquel est attachée la chaîne de l'écraseur. S'il n'y a point de fistules, le trocart crée lui-même le chemin à la chaîne. Puis on divise tout ce qui est compris dans l'anse, rétrécissement, paroi rectale, peau et souvent des tissus indurés par l'inflammation chronique. La plaie est ensuite pansée à plat sans canule ni mèche dans le rectum ; puis on le nettoie aussi souvent qu'il est nécessaire avec des liquides antiseptiques. La cicatrisation demande deux ou trois mois et jamais M. Verneuil n'a eu d'accidents sérieux à déplorer.

Dans le cancer du rectum, M. Verneuil conseille encore et pratique volontiers la rectotomie linéaire pour remédier à la douleur, à la septicémie, au ténesme et au ballonnement du ventre. Il en a retiré de très bons résultats en donnant ainsi libre cours aux matières et en permettant de faire sur la surface du néoplasme des lavages détersifs, ainsi que dans la partie de l'intestin située au-dessus du cancer.

Dans la cure des *fistules recto-vaginales* c'est encore une opération préliminaire qui permet d'avoir un jour considérable pour arriver sur la fistule. Le procédé est surtout excellent quand la fistule existe sans que le périnée soit déchiré ; mais il est quel-

(1) Soc. de chirurgie 1886, 23 et 30 juin.

quefois beaucoup plus simple d'achever la section de la cloison de façon à aviver de haut en bas et à réunir le champ do la fistule et les faces de la division périnéale.

En résumé, la rectotomie externe est une opération tantôt palliative, tantôt préparatoire à d'autres manœuvres ; dans tous les cas elle est peu dangereuse et a rendu de très grands services.

De la cure radicale de l'hydrocèle. (1)

En 1878, Volkmann remit en honneur cette opération, et depuis, de très nombreux succès ont montré l'efficacité de cette méthode. M. le Dr Reclus vient encore d'en présenter cinq à la société de chirurgie : une fois, il était en présence d'un épanchement vaginal au voisinage d'un sac herniaire volumineux et l'opération ne fut qu'un temps de la cure radicale de la hernie. Dans les quatre autres faits, il avait affaire à des hydrocèles vieilles, volumineuses et à parois très épaisses ; à de véritables pachy-vaginalites. Les accidents consécutifs à l'opération ont toujours été insignifiants, légère rétention d'urine, très petit épanchement dans la séreuse, orchite très peu intense. Toujours la guérison était terminée du douzième au treizième jour.

M. Reclus discute les avantages et les inconvénients de sa méthode comparativement à l'ancienne et aussi très bonne pratique de l'injection iodée. Les partisans de l'incision la considèrent comme devant donner une guérison plus rapide, puisqu'après la ponction suivie d'injection iodée il faut souvent trois, quatre ou cinq semaines pour avoir la guérison totale ; la récidive est beaucoup plus rare puisque sur 457 cas d'incision, on ne l'a obscrvée que quatre fois c'est-à-dire moins de 1 %, tandis qu'elle est assez fréquente après l'injection 10 % environ. Les partisans de l'incision reprochent encore à l'injection d'être une méthode plus aveugle qui permet de blesser le testicule et plus douloureuse ; elle expose encore à l'infiltration du liquide irritant dans le tissu cellulaire des bourses, de là des accidents gangréneux parfois très graves. Néanmoins M. Reclus pense, et nous partageons complètement son avis, qu'il ne faut point condamner l'injection iodée qui a donné et qui donne encore tant de succès, et qui surtout ne demande pas une éducation chirurgicale aussi parfaite que la cure radicale. L'opération sera réservée à un certain nombre de cas spéciaux. Il la préfère dans les *hydrocèles congénitales*, si la résorption spontanée ne se produit pas ; dans les hydrocèles compliquant un sac herniaire volumineux, car il lui semble que l'inflammation provoquée par l'incision est beaucoup moins intense que celle qui résulte de l'injection iodée. Quand l'*hydrocèle* opérée par ponction et injection *récidive*, c'est encore à l'incision qu'il faut recourir; il en est de même dans les hydrocèles vieilles, volumineuses, à parois indurées dans lesquelles on sait que l'injection ne réussit presque jamais. Enfin l'incision est encore l'opération de choix dans les hydrocèles à cavités multiples, dans les vaginalites avec corps étrangers.

(1) Soc. de chirurgie, 23 juin.

M. Reclus résume sa communication dans les conclusions suivantes : 1° La ponction suivie d'injection iodée est une bonne opération qui doit rester le procédé de choix :

2° L'incision des bourses et la résection de la vaginale, procédé plus délicat et qui nécessite une éducation supérieure, ne sera préférée que dans des cas spéciaux ; nous venons de les énumérer.

Comment se pratique l'opération ? Après avoir rasé et bien nettoye la peau des bourses, on pratique une incision allant de l'anneau inguinal à la partie la plus déclive de la tumeur ; la vaginale est mise à nu et ponctionnée, puis on l'incise et on lave soigneusement sa cavité. On résèque ensuite cette membrane en la décollant avec les doigts de préférence, et on n'en garde que juste ce qui est nécessaire pour envelopper le testicule. Après quoi, on applique l'une à l'autre les deux faces avivées de la plaie au moyen d'un certain nombre de sutures au catgut en plaçant un petit drain ou un faisceau de crin de Florence entre la séreuse et les téguments, puis on fait la suture superficielle. Les bourses sont recouvertes d'un pansement à l'iodoforme, car l'acide phénique irrite notablement le scrotum; puis elles seront comprimées avec de larges éponges, et maintenues sur l'abdomen au moyen d'un bandage suffisamment serré.

Dr Barette.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 13 Juillet).

Election d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Votants : 71. — Majorité : 36.

MM.	Bouchard	67 (Elu).
	Damaschino	2
	Cadet de Gassicourt	1
	Dieulafoy	1

On ne peut s'empêcher de voir dans cette élection triomphale, faite presque par acclamation, une juste récompense des travaux, si nombreux et si féconds en conséquences que M. le professeur Bouchard a publiés sur la pathologie, la clinique et la thérapeutique.

De l'alcoolisation des vins.

M. Roussel fait remarquer que c'est par suite d'une erreur de copiste que, dans sa quatrième conclusion, M. Rochard demande que les eaux-de-vie destinées au commerce ne « doivent jamais contenir plus de 1 % au maximum d'alcools supérieurs ». C'est plus de un millième qu'il faut lire.

M. le Dr L. G. Richelot a fait une communication très intéressante sur *l'hystérectomie vaginale*. Nous laissons à M. Barette le soin d'en faire l'analyse, ainsi que d'un travail de M. le Dr Polaillon sur la *Néphrectomie comme moyen curatif du rein flottant.*

Une place de correspondant national étant vacante, les candidats présentés par la section sont dans l'ordre suivant : MM. Grasset (de Montpellier), Carlet (de Bordeaux) et Tillot (de Luxeuil) Marquez (d'Hyères), Mauricet (de Vannes) et Picot (de Bordeaux).

OPHTHALMOLOGIE PRATIQUE

Notions pratiques sur le traitement de l'ophthalmie purulente.

Par le Dr A. Trousseau.

L'ophthalmie purulente, cette terrible affection dont les ravages sont connus de tous, n'a pas besoin d'être décrite. Inutile d'insister sur ses symptômes. On sait que les paupières du malade sont rouges, luisantes, tuméfiées, difficiles à ouvrir, que la muqueuse est turgescente, chémotique et sécrète un pus épais jaune ou verdâtre, le plus souvent irritant pour les parties voisines. On sait encore, que dans les cas graves la conjonctivite produit des désordres cornéens rapides, de nature à amener la cécité, tels que ulcérations, perforation, fonte purulente de l'œil.

Il est donc très important que tout praticien soit à même d'arrêter sûrement les progrès de cette redoutable maladie.

Je ne crains pas d'affirmer qu'une conjonctivite purulente traitée à temps et bien traitée guérira toujours. Le traitement le plus efficace ou plutôt le seul efficace dans la majorité des cas repose entièrement sur l'emploi des cautérisations au nitrate d'argent.

Beaucoup de médecins sont embarrassés pour appliquer ces cautérisations, parce qu'ils ont une certaine difficulté à retourner les paupières du malade. Aussi je crois devoir insister sur cette petite manœuvre.

Pour retourner la paupière supérieure, on saisira d'une main les cils ou même le bord libre de l'organe, on l'abaissera légèrement pendant que de l'autre main on appuiera le manche d'un stylet ou d'un pinceau dans le sillon orbito-palpébral ; on n'aura plus qu'à faire basculer la paupière. Pour retourner la paupière inférieure, on placera l'extrémité de la pulpe de l'index le plus près possible du bord ciliaire qu'on abaissera légèrement en enfonçant doucement cette extrémité contre le globe oculaire et le rebord orbitaire. Les deux paupières peuvent être maintenues retournées simultanément au moyen de l'index et du pouce gauches appuyés sur la face conjonctivale des bords ciliaires supérieur et inférieur. Dans cette situation la main droite est libre et prête à saisir le pinceau. On devra toujours essuyer les paupières avec un linge de façon à éviter le glissement des doigts sur les surfaces souillées de pus.

Avant d'entreprendre quoi que ce soit, on mettra au jour la face conjonctivale des paupières et on la nettoiera très convenablement avec une solution de sublimé. Pour cet usage, il faut se servir d'un petit pinceau de blaireau trempé dans le liquide antiseptique ou de petits tampons de coton hydrophile.

On prend ainsi notion de l'état de la conjonctive, de l'abondance de la suppuration, le diagnostic est assuré. Il reste à vérifier la cornée, on laissera les paupières revenir en place, on emploiera les écarteurs et on établira le pronostic en se fondant sur l'état de la membrane transparente.

Etudions maintenant le traitement, et, pour plus de clarté, supposons deux cas :

1° Il n'y a pas de complications cornéennes.

2° Ces complications se sont produites.

S'il n'y a pas de complications cornéennes, on cautérisera la muqueuse au moyen d'un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 3 pour 100, puis on neutralisera à l'eau salée. Cette cautérisation doit être faite avec le plus grand soin et sans timidité ; elle sera prolongée jusqu'à ce que la conjonctive soit devenue *blanche* (Abadie). J'ai toujours remarqué que les confrères étrangers à l'oculistique pratiquaient les cautérisations trop timidement, d'où des insuccès inhérents à l'opérateur.

Dans les cas graves, les cautérisations devront être renouvelées toutes les 12 heures. Dans les formes légères et chez les nouveau-nés, on pourra ne cautériser que toutes les 24 heures. Si la muqueuse est chémotique, on fera parallèlement au diamètre horizontal des paupières des scarifications qu'on aura soin de ne pratiquer qu'après les cautérisations.

Dans l'intervalle des cautérisations il faut maintenir sur les paupières des compresses trempées dans l'eau phéniquée à 1 pour 100 ou dans la solution de sublimé à 1 pour 2,000. Ces liquides devront être glacés, les lavages seront fréquents de façon à ne jamais laisser séjourner de pus entre les paupières.

S'il y a complication cornéenne, on ne cessera pas les cautérisations. Si le trouble cornéen est léger, on instillera le collyre à l'ésérine (5 centigr. pour 10 gr.) 3 fois par jour. Y a-t-il menace de perforation, on n'attendra pas que celle-ci se produise, on rompra le fond de l'ulcère avec un stylet et on instillera l'ésérine, puis on appliquera le bandeau compressif qu'on lèvera fréquemment pour éviter la stagnation du pus.

A la période de déclin, à mesure que la suppuration diminue, on supprime les compresses glacées en continuant les lavages antiseptiques ; on ne cautérise plus que toutes les 24 heures, puis tous les 2 jours en employant la solution de nitrate d'argent à 2, puis à 1 pour 100. Les cautérisations doivent être continuées jusqu'à siccité de la muqueuse, et les lavages ne seront abandonnés que lorsque l'état normal aura reparu.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Proposition de loi concernant l'organisation de l'administration de la santé publique (1)

Titre 1er. — *De l'administration de la santé publique et de ses attributions.*

Art. 1er. — L'administration de la santé publique est chargée de provoquer, de surveiller et d'exécuter

(1) Ce projet vient d'être déposé à la Chambre des députés par MM. Siegfried, Chamberland, Henri Liouville,

les mesures d'hygiène publique et de salubrité prescrites par les lois, décrets et règlements spéciaux, notamment en ce qui concerne : 1° L'assainissement des villes et des campagnes, des localités et des immeubles de toute nature et de leurs dépendances ; 2° La salubrité des cours d'eau, l'alimentation en eau potable des agglomérations ; 3° Les grands travaux d'assainissement, les constructions d'édifices, écoles, prisons, hôpitaux et hospices, ports, canaux, réservoirs, fontaines, halles et marchés, routoirs, égouts, cimetières, la voirie, etc., sous le rapport de l'hygiène publique ; 4° La salubrité des écoles, hôpitaux et hospices, maisons d'aliénés, établissements de bienfaisance, prisons, dépôts de mendicité, asiles, etc. ; 5° La salubrité, tant intérieure qu'extérieure des fabriques, manufactures, usines, mines, chantiers, ateliers, ainsi que les conditions d'hygiène des personnes qui y sont employées ; 6° Les demandes en autorisation, translation ou révocation des établissements insalubres, dangereux ou incommodes ; 7° Le travail des adultes, hommes et femmes, et des enfants et filles mineures employés dans l'industrie ; 8° La police sanitaire, les quarantaines et les services qui s'y rattachent ; 9° Les mesures à prendre pour prévenir et combattre les maladies endémiques, épidémiques et transmissibles, tant pour les hommes que pour les animaux ; 10° La propagation de la vaccine ; 11° La protection des enfants du premier âge ; 12° La qualité des aliments, boissons, condiments et médicaments livrés à la consommation ; 13° L'amélioration des établissements d'eaux minérales appartenant à l'Etat, aux départements, aux communes et aux particuliers, et les moyens d'en rendre l'usage accessible aux malades pauvres ; 14° La police médicale et pharmaceutique ; 15° La surveillance des bureaux municipaux d'analyses des substances alimentaires ; 16° La statistique démographique et la géographie médicale.

TITRE II. — *De la direction de l'administration de la santé publique.*

Art. 2. — Il est institué une direction de l'administration de la santé publique, réunissant les divers services auxquels ressortissent les attributions énumérées à l'article précédent.

Art. 3. — Un décret du président de la République, rendu après avis du Conseil d'Etat, déterminera, dans un délai de trois mois, à partir de la promulgation de la présente loi, le ministère auquel cette direction sera attachée, ainsi que l'organisation de son personnel.

Blatin, Chevandier, Waldeck-Rousseau, Duché (Loire), Clémenceau, Bernard Lavergne, Raoul-Duval, Bourgeois (Vendée), Jules Ferry, Félix, Javal, Le Souef, Dupuy (Aisne), Lyonnais, Mérillon, Bourneville, Treille, Galaud, Compayré, Thomson, Michou, Aujame, Simonnet, Lechevallier, Beauquier, Viellard, Bourgeois (Jura), Viger, Ordinaire, Laroche-Joubert, Gaillard (Puy-de-Dôme), Jules Gros, Levrey, Marquiset, Lasserre, Trouard-Riolle, Bovier-Lapierre, de Mahy, Thévenet, Maurice Faure, Ducher (Ain), Victor Poupin, Pradon, Reybert, Magnien, Simzan, Belle, députés.

TITRE III. *Des agents de la santé publique.*

Art. 4. — Il est créé un service d'agents de la santé publique, chargés de provoquer, d'exécuter et de surveiller les diverses mesures prises en conformité des attributions conférées à l'administration de la santé publique aux termes de l'article 1er de la présente loi. Les agents de la santé publique centralisent les affaires sanitaires dans la limite de leurs circonscriptions et attributions respectives.

Art. 5. — Les agents de la santé publique comprennent : un ou plusieurs inspecteurs généraux auprès de la direction de l'Administration de la la santé publique ; un inspecteur départemental auprès du préfet dans chaque département ; un ou plusieurs sous-inspecteurs départementaux, sous les ordres de l'inspecteur départemental.

Art. 6.— Un règlement d'administration publique déterminera, sur la proposition du Conseil national de la santé publique, et après avis du Conseil d'Etat, dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, le nombre, le traitement et le mode de recrutement des agents de la santé publique.

Art. 7. — Les procès-verbaux dressés par des agents de la santé publique font foi jusqu'à preuve contraire.

TITRE IV. — *Des Conseils et Commissions de la santé publique.*

§ 1. — *Conseil national de la santé publique.*

Art. 8. — Un Conseil national de la santé publique est institué auprès de la direction de l'Administration de la santé publique. Il se compose de trente-sept membres, suivant une répartition ainsi fixée : 1° 2 Sénateurs, élus par le Sénat ; 2° 2 Députés, élus par la Chambre des députés ; 3° 3 Membres de l'Institut, élus par leurs collègues ; 4° 1 Membre de l'Académie des beaux-arts, section d'architecture, élu par ses collègues ; 5° 2 Membres de l'Académie de médecine, élus par leurs collègues ; 6° 1 Conseiller à la Cour de cassation, élu par ses collègues ; 7° 1 Conseiller d'Etat, élu par ses collègues ; 8° Le professeur d'hygiène et le professeur de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris ; 9° 1 Professeur de l'Ecole de pharmacie, élu par ses collègues ; 10° 1 Professeur du Conservatoire des arts et métiers, élu par ses collègues, 11° 1 Professeur de l'Ecole des mines, élu par ses collègues ; 12° 1 Professeur de l'Ecole des ponts-et-chaussées, élu par ses collègues ; 13° L'inspecteur général du service de santé des armées ; 14° L'inspecteur du service de santé de la marine ; 15° Le Directeur des affaires commerciales et consulaires au ministère des affaires étrangères ; 16° Le Directeur de l'Administration départementale et communale au ministère de l'intérieur ; 17° Le Directeur des douanes ; 18° 1 Inspecteur général de l'Université, désigné par le Ministre de l'instruction publique ; 19° 1 Professeur de l'Institut national agronomique ; 20° Le Directeur de l'Assistance publique ; 21° Le Président de la Chambre de commerce de Paris ; 22° 1 Juge au tribunal de commerce, élu par ses collègues ; 23° L'inspecteur général ou

les inspecteurs généraux du service de la santé publique ; 24° Le Directeur de la santé publique; 25° Le Directeur du laboratoire sanitaire auprès du ministère ; 26° L'inspecteur général des services vétérinaires du ministère de l'agriculture ; 27° Cinq membres désignés par le ministre auprès duquel est placée la Direction de l'administration de la santé publique.

Art. 9. — Des auditeurs sont adjoints au Conseil national de la santé publique, ils ont voix consultative. Ils comprennent : 2 médecins civils, 1 médecin militaire, 1 médecin de la marine, 2 chimistes, 1 ingénieur des mines, 1 ingénieur des ponts et chaussées, 1 ingénieur civil diplômé, 1 architecte diplômé, 1 docteur ou licencié en droit.

Art. 10. — Le Conseil national de la santé publique est présidé par le Ministre. Le vice président est nommé directement par le Ministre. Les auditeurs sont nommés par le ministre sur des listes de présentation portant trois noms et dressées par le Conseil.

Art. 11. — Le Conseil national de la santé publique se réunit régulièrement tous les mois ; il est subdivisé en sections qui tiennent une réunion par quinzaine, à jour fixe.

§ 2. — *Des Conseils départementaux et des Commissions de la santé publique.*

Art. 12. — Il est établi au chef-lieu de département un Conseil départemental de la santé publique. Ces Conseils se composent de neuf membres au moins et de douze au plus nommés par le Préfet, et, en outre, des membres de droit désignés dans l'article 15. Un tableau, dressé par le Ministre, sur l'avis du Conseil national de la santé publique, réglera dans les trois mois qui suivront la promulgation de la présente loi, le nombre des membres et la composition de chaque Conseil départemental de la santé publique.

Art. 13. — Il est institué dans chaque département des Commissions de la santé publique siégeant aux chefs-lieux de circonscriptions dont le nombre et l'étendue seront fixés, dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, par un règlement d'administration publique, le Conseil national de la santé publique consulté. Le nombre des membres de ces commissions est de neuf au moins et de quinze au plus. Ils sont nommés par le Préfet. Le Conseil départemental fait fonction de commission pour la circonscription où il siège.

Art. 14. — Chaque Conseil ou Commission de la santé publique a, y compris les membres de droit, la moitié au moins de ses membres pris parmi les médecins, et comprend au moins un ingénieur, un architecte, un pharmacien ou chimiste, un vétérinaire.

Art. 15.— Font partie de droit des Conseils départementaux de la santé publique : 1° le médecin en chef ou, à son défaut, le médecin le plus ancien de l'hôpital principal ; 2° le professeur d'hygiène de la Faculté ou Ecole de médecine, s'il en existe : 3° le médecin militaire, en service actif, du grade le plus élevé ; 4° l'ingénieur en chef des mines du service ordinaire, ou, à son défaut, l'ingénieur ordinaire ; 5° l'ingénieur en chef des ponts et chaussées du service sanitaire ; 6° le procureur de la République ; 7° le maire du chef-lieu où siège le Conseil ; 8° un membre du Conseil général du département, élu par ses collègues ; 9° l'inspecteur départemental de la santé publique.

§ 3. — *Du bureau des Conseils et Commissions de la santé publique, de la durée du mandat des membres et de la tenue des séances.*

Art. 16. — Les Conseils départementaux de la santé publique sont présidés par le Préfet. Les Commissions sont présidées par le maire du chef-lieu où elles siègent.

Art. 17. — Les Conseils et Commissions de la santé publique élisent un vice-président et un secrétaire, choisis parmi les membres, et renouvelables tous les trois ans. En l'absence du président de droit, le vice-président élu occupe la présidence.

Art. 18. — Les Conseils départementaux de la santé publique se réunissent régulièrement tous les mois. Les Commissions de la santé publique se réunissent au moins une fois par trimestre.

Art. 19. — Des réunions extraordinaires des Conseils et Commissions peuvent avoir lieu, sur convocation de l'Administration, ou lorsqu'il en a été fait la demande par le vice-président et la moitié plus un des membres.

Art. 20. — Les membres du Conseil national et des Conseils et Commissions sont nommés pour neuf ans ; ils sont indéfiniment rééligibles.

Art. 21. — Divers fonctionnaires désignés par le ministre ou les préfets peuvent être appelés à siéger dans les Conseils et les Commissions avec voix consultative ; il en sera de même de toutes personnes dont la compétence, dans une question à l'étude, serait spécialement reconnue.

§ 4 — *Des dépenses des Conseils et Commissions de la santé publique.*

Art. 22. — Les dépenses du Conseil national des Conseils et Commissions de la santé publique comprennent : 1° Des jetons de présence pour chaque membre et pour chaque séance ; 2° Des allocations diverses pour déplacements, expertises et études diverses ; 3° Des frais de bibliothèque, d'impression et de publication. La valeur des jetons de présence et le tarif des allocations portées au paragraphe 2 sont déterminés par un règlement d'administration publique.

§ 5. — *Des attributions des Conseils et Commissions de la santé publique.*

Art. 23. — Le Conseil national, les Conseils et Commissions de la santé publique sont chargés de l'examen des questions concernant l'hygiène publique et la salubrité, notamment de celles qui sont spécifiées à l'article 1er de la présente loi.

Art. 24.— Les Conseils départementaux sont char-

gés de centraliser et de coordonner les travaux des Commissions de leurs départements respectifs. Chacun d'eux fera annuellement un rapport sur ces travaux et sur ceux qu'il aura lui-même effectués. Ce rapport sera publié ; il sera transmis par le préfet, avec toutes les pièces à l'appui, au ministre, pour être soumis à l'examen du Conseil national de la santé publique.

Art. 25. — Le droit d'initiative appartient au Conseil national, aux Conseils départementaux et aux Commissions de la santé publique, sur toutes les questions rentrant dans les attributions spécifiées dans l'article 1er de la présente loi. Leur avis doit être demandé sur toutes ces questions, et, en cas d'urgence, sur convocation spéciale.

Art. 26. — Le Conseil national de la santé publique est chargé de veiller, sous l'autorité du ministre, à l'uniformité de l'application de la présente loi et des règlements y relatifs. Il adresse chaque année au ministre un rapport d'ensemble sur l'application de la loi et sur le fonctionnement des Conseils, des Commissions et des services d'inspection de la santé publique. Ce rapport est transmis au Parlement.

Titre V. — *De l'exécution des mesures d'hygiène et de salubrité et du budget de la santé publique.*

Art. 27. — Les délibérations du Conseil national, des Conseils et des Commissions de la santé publique, sont immédiatement transmises à l'administration compétente, laquelle fait connaître, dans le bref délai, la suite qui leur a été donnée. Les décisions intervenues de la part de l'administration compétente sont, sauf le cas d'urgence, notifiées dans le délai de huit jours aux personnes intéressées. Celles-ci ont alors un délai qui ne peut excéder un mois pour introduire un recours contre la décision, soit auprès de l'administration préfectorale, soit auprès du pouvoir judiciaire, suivant les dispositions des lois applicables dans l'espèce. Ce recours est suspensif, sauf le cas d'urgence. En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas de maladie transmissible ou d'épidémie, et lorsque les délibérations des conseils et Commissions de la santé publique intéressent la salubrité immédiate d'une habitation, elles sont immédiatement soumises à la ratification du maire de la commune dans laquelle ces décisions doivent être appliquées, elles sont portées sans retard à la connaissance du préfet et sont immédiatement exécutoires, même en cas de recours.

Art. 28. — Le budget de la santé publique dans un département, comprenant les dépenses des Conseils et Commissions, est établi chaque année par le préfet, avec le concours du Conseil départemental de la santé publique. Il est soumis à l'approbation du ministre compétent. Les dépenses qu'il comporte sont supportées pour moitié par l'Etat et pour l'autre moitié par le département, à titre de dépenses obligatoires.

Art 29. — Les traitements et allocations diverses accordées aux agents du service d'inspection de la santé publique sont à la charge de l Etat et des départements, suivant une proportion déterminée annuellement par la loi de finances. La part incombant aux départements constitue pour eux une dépense obligatoire.

Titre VI. — *Dispositions spéciales au département de la Seine.*

Art. 30. — En ce qui concerne le département de la Seine, il est institué, auprès de la Préfecture de police, un Conseil départemental de la santé publique comprenant 23 membres nommés par le Préfet de police. Sont, en outre, membres de droit : 1° Le secrétaire général de la Préfecture de police ; 2° Le directeur des travaux de la ville de Paris ; 3° Le chef de la deuxième division de la Préfecture de police ; 4° Le chef du bureau de la police sanitaire à la Préfecture de police ; 5° Le doyen de la Faculté de médecine de Paris ; 6° et 7° Les professeurs d'hygiène et de médecine légale de la Faculté de médecine de Paris ; 8° L'Inspecteur général du service de santé des armées ; 9° L'Ingénieur en chef des ponts-et-chaussées du département ; 10° L'Ingénieur en chef des mines à Paris ; 11° Le Directeur de l'Ecole supérieure de pharmacie ; 12° L'architecte en chef de la Préfecture de police ; 13° Le chef du service vétérinaire sanitaire du département de la Seine ; 14° et 15° Deux membres du Conseil général, désignés par leurs collègues. Ce Conseil est présidé par le Préfet de Police.

Art. 31. — Toutes les autres dispositions qui précèdent sont applicables au Conseil départemental de la santé publique de la Seine, ainsi qu'aux Commissions de la santé publique instituées dans ce département.

Titre VII. — *Du laboratoire auprès de la direction de l'administration de la santé publique.*

Art. 32. — Un laboratoire est créé auprès de la direction de l'administration de la santé publique, afin de poursuivre l'étude des maladies endémiques, épidémiques ou transmissibles et de faire toutes les recherches scientifiques nécessaires pour l'examen des questions qui rentrent dans les attributions de l'administration de la santé publique.

Art. 33. — Ce laboratoire est placé sous le contrôle et la surveillance du Conseil national de la santé publique.

Titre VIII. — *Dispositions générales.*

Art. 34. — La présente loi est applicable à l'Algérie et aux colonies. Elle sera exécutoire dans un délai d'un an à partir de sa promulgation. Les détails d'application en seront déterminés, dans un délai de six mois, par un règlement d'administration publique.

II

Réformes de l'organisation de la médecine en Angleterre.

Un important bill relatif à l'organisation de la médecine, déjà adopté par la Chambre des communes

d'Angleterre, vient d'être discuté par la Chambre des lords, et le passage à la seconde lecture a été adopté. Il s'agissait de deux réformes à introduire, l'une relative à l'éducation professionnelle des médecins, l'autre concernant le mode de recrutement du Conseil médical (*Medical Council*). Un grand nombre d'établissements confèrent le titre de licencié en Angleterre, et environ 16,000 praticiens exercent dans ce pays avec le titre de licencié, et sont enregistrés (*registered*) comme tels : mais, sur le total, 19 à peine possèdent à la fois le grade médical et le grade chirurgical, et partant mériteraient d'être enregistrés comme praticiens (*practitioners*).

Le bill exige que dorénavant le praticien ait acquis ses grades à la fois en médecine, en chirurgie et en accouchements ; les certificats complets sont délivrés par les Universités et certaines corporations qui ont toujours joui du privilège de donner tous les grades, celles qui ne peuvent donner que des grades de médecins, par exemple, doivent s'adjoindre aux corporations donnant les grades dans les autres branches, et le Conseil médical peut envoyer des délégués pour prendre part aux examens.

Le bill introduit encore une autre réforme, c'est que 5 des membres du Conseil médical doivent être élus par le corps médical du Royaume-Uni : 3 par l'Angleterre, 1 par l'Ecosse et 1 par l'Irlande. Cette réforme, depuis longtemps demandée par le corps médical, consacre le droit de représentation de ce corps au Conseil central, chargé de diriger et de régler toutes les affaires médicales du royaume. De plus, dans le projet présenté, les Universités d'Edimbourg et de Glasgow peuvent élire chacune un représentant, et celles d'Aberdeen et de Saint-Andrews n'auraient droit qu'à un représentant commun. Cette dernière disposition a été critiquée par quelques orateurs. Mais on peut dès maintenant considérer le bill comme adopté dans ses dispositions essentielles.

(*Gazette hebdomadaire.*)

REVUE DES JOURNAUX.

Caractères des divers enduits blanchâtres de la gorge.

D'après M. le Dr Jules SIMON.

Voyons en quelques mots quels sont les divers produits blanchâtres que l'on peut rencontrer sur la gorge et comment on peut les reconnaître.

Ce sont :

1° Les produits diphthéritiques, c'est-à-dire des fausses membranes déprimant la muqueuse, serties par elle, lui adhérant profondément par des prolongements fibrineux, et dont la texture se trouve confirmée par le microscope. Ils s'accompagnent souvent de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires et d'une faible élévation de température.

2° Les produits pultacés, c'est-à-dire des éléments épithéliaux associés à des mucosités.

3° Les produits herpétiques ; des vésicules herpétiques, vésicules rosées, groupées ensemble, formant un produit blanchâtre, saillant, inégal, se dissolvant dans l'eau et accompagnées dans le voisinage de vésicules transparentes (amygdalite suite de refroidissement).

4° Les produits résultant de la cautérisation par le nitrate d'argent d'une granulation, d'une ulcération syphilitique ou autre.

5° Les taches lactées que l'on aperçoit sur les amygdales des tout petits enfants, et qui ne sont autre chose que des produits caséeux de l'alimentation.

6° Le muguet confluent ou l'angine diphthéroïde de Lasègue chez les enfants atteints de fièvre typhoïde, de bronchite grave, de scarlatine, et que l'on aperçoit au fond de la gorge, sur les deux amygdales, sur la muqueuse de l'isthme du gosier. Ici les dépôts se produisent en vingt-quatre heures comme dans certains cas de diphthérite vraie. Seuls la marche et les badigeonnages éclairent le diagnostic en montrant l'absence de cohésion de ces produits.

En résumé, lorsque je suis appelé auprès d'un petit malade chez lequel le diagnostic de l'angine n'est pas possible, je dis qu'il paraît s'agir d'une angine pultacée, qu'il ne m'est pas possible de me prononcer en toute certitude, mais que, néanmoins les mêmes précautions, les mêmes soins, doivent être donnés, que si l'on avait affaire à une angine grave, et que l'enfant doit notamment être gardé au lit.

(*Gazette des hôpitaux.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Glaces à la viande.

L'usage de la viande crue a singulièrement perdu de son importance depuis que les poudres de viande ont été introduites dans la thérapeutique. Cependant nous devons signaler un procédé d'alimentation qui réussit admirablement dans les vomissements incoercibles, de quelque nature qu'ils soient.

Prenez un morceau de filet bien dégraissé pesant environ 200 grammes, maintenez-le avec une fourchette et grattez la pulpe avec un large couteau. Divisez cette pulpe aussi finement que possible dans un mortier et mélangez à du sirop pour glaces à la framboise ou à l'ananas ; faites frapper.

Cette glace, peut être facilement fabriquée par tous les glaciers.

Viburnum prunifolium.

C'est un arbuste appartenant à la famille des Caprifoliacées, qui croît dans les Etats du sud et du centre des Etats-Unis. Ses fruits sont noirâtres, ovoïdes ou oblongs. La partie employée est l'écorce du tronc, qui se présente en fragments minces, d'un brun pourpre luisant, avec des lenticelles éparses et de petits points noirs. Quand elle provient d'un bois ancien, elle est d'un brun grisâtre ; sa surface est

entièrement blanche, lisse ; la cassure est courte. Elle est inodore, un peu astringente et amère. Elle renferme, d'après Herman van Allen, une substance brune résineuse, amère, une matière jaune verdâtre, amère, soluble dans l'alcool, la *Viburnine* de Kramer, des acides valérianique, tannique, oxalique, citrique, malique, etc.

PHARMACOLOGIE. — Extrait fluide, préparé à la façon ordinaire.

THÉRAPEUTIQUE. — On la regarde comme un tonique général du système nerveux. On l'a préconisée contre les douleurs de la dysménorrhée et comme anti-abortive, astringente, diurétique, etc.

DOSES. — Extrait fluide, 3cc9 à 10cc80. Teinture alcoolique, 10 gouttes toutes les deux heures.

Cette préparation pourrait remplacer la valériane comme antispasmodique.

(*Formulaire des Nouveaux Remèdes.*)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

La loi sur les syndicats.

Il y a quelques mois, nous avons fait connaître aux lecteurs du *Concours médical* le texte du projet d'article additionnel à la loi sur les syndicats déposé, sur le bureau de la Chambre des députés, par notre honorable confrère le Dr Dupuis, de Vervins, député de l'Aisne. Cet article a uniquement pour but de rendre applicable aux médecins la loi du 21 mars 1884, sans que désormais aucune interprétation puisse leur en contester les bénéfices.

De son côté, M. Lyonnais, député de la Seine-Inférieure, a également déposé un projet beaucoup plus large, mais dont le résultat, au point de vue où nous nous plaçons, serait exactement le même pour le corps médical.

Dans ces conditions, la question des syndicats professionnels ne saurait manquer de revenir devant les chambres, dans un avenir plus ou moins éloigné. Elle se trouve ainsi avoir reconquis une certaine actualité. C'est pour cette raison que nous avons jugé convenable de reproduire au *Bulletin*, un très intéressant travail publié par notre honorable conseil judiciaire, M. Chastenet, dans le *Journal du Droit administratif, numéro d'Avril* 1886. — Nous avons pensé être agréable à nos lecteurs en faisant passer sous leurs yeux ce travail magistral.

A. B. D.

LA LOI SUR LES SYNDICATS PROFESSIONNELS ET LES PROFESSIONS LIBÉRALES

I. — La Chambre criminelle de la cour de Cassation vient, par un arrêt du 15 juin dernier, de se prononcer dans la question des syndicats médicaux. Elle a dit que ces syndicaux, n'étant pas prévus par la loi du 22 mars 1884, ne pouvaient en invoquer le bénéfice. Voici le texte de cet arrêt :

« La Cour,

« Ouï M. le conseiller Poulet en son rapport, Mes Roger Marvaise et Sabatier en leurs observations, et M. l'avocat général Roussellier en ses conclusions :

« Sur le premier moyen pris de la violation de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels ;

« Attendu que la loi sur les syndicats professionnels n'a point été rendue applicable à toutes les professions.

« Que les travaux préparatoires ont constamment affirmé la volonté du législateur d'en restreindre les effets à ceux qui appartiennent, soit comme patrons, soit comme ouvriers et salariés à l'industrie, au commerce et à l'agriculture, à l'exclusion de toutes autres personnes et de toutes autres professions ;

« Que la loi n'est pas moins absolue dans ses termes puisque, d'une part, dans l'art. 6, elle réserve les droits qu'elle confère aux seuls syndicats de patrons et d'ouvriers ; que, d'autre part, dans l'article 3, elle limite l'objet de ces syndicats à l'étude et à la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles, refusant ainsi le droit de former des syndicats à tous ceux qui n'ont à défendre aucun intérêt industriel, commercial ou agricole, ni par suite aucun intérêt économique se rattachant d'une façon générale à l'un des intérêts précédents ;

« Qu'en déclarant, en conséquence, que les médecins dont le nom n'a été prononcé ni dans la loi, ni dans la discussion de la loi du 21 mars 1884, n'avaient pu régulièrement former un syndicat professionnel, dans les termes de ladite loi, l'arrêt attaqué en a justement interprété les dispositions ;

« Sur le deuxième moyen.... sans intérêt.

« Par ces motifs,

« Rejette le pourvoi.

II. — Cet arrêt est d'une portée très-grande. Il a eu un légitime retentissement non seulement dans le corps médical, mais dans toute la catégorie des professions libérales auxquelles il se trouve applicable par identité de motifs, et auxquelles il fait ainsi une situation bien peu en harmonie avec les principes de notre économie moderne. Il semble avoir étonné quelque peu ceux de nos législateurs qui s'étaient imaginé avoir fait une loi générale sur toutes les professions, et qui se trouvent, du moins d'après la chambre criminelle, n'avoir fait qu'une loi particulière à certaines d'entre elles.

Mais la question est-elle définitivement tranchée ? Personne moins que nous ne méconnait la haute valeur des décisions de la cour de Cassation ; mais enfin la jurisprudence dont cette cour a le dernier mot, en tranchant les procès, laisse subsister les questions. On a vu quelquefois les éminents magistrats de la Cour suprême, prononçant le *nobis aliquando placebat...* du jurisconsulte romain, proclamer une opinion qu'elle avait précédemment condamnée. Il faut remarquer aussi que des trois chambres de la cour de Cassation, une seule a eu à se prononcer sur la question ; que la chambre elle-même a dû hésiter entre l'opinion qu'elle a adoptée sur le rapport de M. le conseiller Poulet, et la thèse contraire qui a trouvé dans M. l'avocat général Roussellier, un éloquent défenseur ; que des

syndicats médicaux ne se tenant pas pour battus ont soulevé la question devant les tribunaux civils et paraissent devoir la conduire devant les chambres civiles de la cour de Cassation; enfin que la difficulté pourra se représenter à propos de syndicats professionnels entre membres d'autres professions libérales. Pour tous ces motifs le débat reste ouvert et peut encore offrir de l'intérêt au point de vue de la jurisprudence.

III. — Les documents du débat sont les travaux préparatoires de la loi du 22 mars 1884 et le texte de la loi. Qu'a voulu faire le législateur? Qu'a-t-il fait effectivement?

Le plus simple est de se demander d'abord ce qu'il a fait. Car, là où le texte est clair, il est suffisant, et plus précis que les discussions, il est moins facile d'y voir des choses opposées suivant les besoins de la perspective. Les discussions, les paroles des rapporteurs viendront par surcroît en vérifier et en affirmer l'interprétation.

Prenons d'abord le titre de la loi : « *Loi sur les syndicats professionnels* ». Il est général. Il est absolu.

Trouverons-nous dans les articles une limitation des catégories? S'il y en a, la loi doit nous le dire tout de suite. Toute loi bien faite doit commencer par préciser sa portée; elle s'annonce en se présentant. C'est ce que fait la loi du 22 mars, et quoiqu'on en ait dit, c'est dans son article premier qu'elle s'annonce ; « les articles 291, 292, 293, 294 du code pénal et la loi du 20 avril 1834 ne sont pas applicables aux syndicats professionnels. » Or, les articles 291 et suivants prohibant les associations non autorisées de plus de vingt personnes, c'est cette prohibition générale pour toutes les associations que la loi de 1884 lève pour les *associations professionnelles*. Dans cet article premier, les mots *associations professionnelles* sont encore employés d'une façon générale. Le sens du mot *profession* n'est pas douteux. En tous cas ce ne sont pas les professions libérales qui pourraient en être exclues, puisqu'elles constituent les professions par excellence, par opposition aux métiers ou professions manuelles et industrielles. Seulement (et cette remarque nous permettra d'écarter toutes les assimilations malencontreuses qu'on a voulu faire dans les débats devant la cour de Caen et la cour de Cassation de la profession des médecins avec quelques autres professions libérales), il est certaines associations professionnelles qui, dès avant la loi du 22 mars, échappaient à l'art. 291 du code pénal, parce qu'elles étaient prévues et organisées par des décrets spéciaux; par exemple, les professions d'avocat, d'avoué, de notaire, etc. En ce qui concerne ces professions, le législateur n'avait pas à lever une prohibition qui n'existait pas pour elles. Voilà pourquoi elles n'ont jamais été citées à titre d'exemples dans les travaux préparatoires d'une loi qui n'a pas été faite pour elles. Au contraire, toutes les professions, quelles qu'elles soient, manuelles ou libérales (ouvriers, médecins, journalistes, etc.) toutes celles qui, sans la loi du 22 mars, tomberaient sous le coup de l'article 291, peuvent invoquer cette loi qui les en affranchit. Permettre de s'organiser à toutes les professions qui ne l'étaient pas, tel est, selon nous, le but du législateur de 1884, but d'après lequel nous devons fixer le champ d'application de la loi sur les syndicats. Les médecins n'étant liés entre eux par aucun règlement, n'ayant aucun conseil de discipline, sont au nombre de ceux à qui la loi a voulu permettre de s'organiser en corps professionnels.

Puis voici l'article 2. Vient-il limiter, circonscrire? Non, il vient étendre. Et d'abord, ce sont toujours les mêmes mots « syndicats et associations professionnels, » qui reviennent et s'énoncent d'une manière absolue, mais avec une généralité plus grande encore, plus grande même que celle que leur donne leur sens habituel. L'article 2 étend cette compréhension, non seulement « aux membres d'une même profesion », mais encore à ceux qui exercent des professions différentes, pourvu qu'elles soient « similaires » ou « communes », c'est-à-dire concourant à l'établissement de mêmes produits ou de produits similaires.

En suivant toujours le législateur dans sa marche, nous arrivons à l'article 3. Et c'est ici qu'on nous arrête : « Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des intérêts économiques, industriels, commerciaux et agricoles. » Eh! bien, dit-on aux médecins, cette restriction à la généralité de la loi qui seule peut vous exclure de son application, la voilà ! Le mot *exclusivement* indique bien une limitation ; donc toutes les professions ne peuvent pas, d'après cet article, se former en syndicat. Il y a là une méprise que la lecture attentive du texte suffirait à éviter.

Il n'y a aux mots « syndicats professionnels » aucune restriction. La restriction porte tout entière sur l'objet, sur le champ d'action des associations syndicales, et pas le moins du monde sur les personnes qui pourront former ces associations : elle est, pour employer un langage d'école, conçue *non in personam, sed in rem.* Toutes les professions celle des médecins comme les autres, ont un but économique. Elles en ont un pour ceux à l'égard de qui elles s'exercent, elles en ont incontestablement un pour ceux qui les exercent, et pour qui elles doivent nécessairement être rémunératrices. L'intérêt économique de ceux qui exercent une profession prend plus particulièrement le nom d'intérêt professionnel. C'est celui dans lequel l'article 3 a pour but de maintenir l'action des syndicats qu'autorise la nouvelle loi. Ce que l'article 2 veut empêcher, c'est que, sous le couvert d'associations professionnelles, on ne fonde des associations à visées politiques ou religieuses.

(*A suivre*).

Le Syndicat de l'arrondissement de Pontoise.

Nous sommes heureux d'annoncer la création, dans cet arrondissement, d'un *nouveau syndicat*. Il compte déjà 24 membres, et la première assemblée générale a eu lieu le samedi 17 juillet, à Pontoise. Le Directeur du Concours assistait à la séance dont nous publierons le compte rendu.

Bureaux des Syndicats.

Nous donnons ci-dessous la composition des bureaux d'un certain nombre de syndicats.

Nous prions MM. les secrétaires de vouloir bien nous signaler les changements survenus dans la composition de leurs bureaux respectifs depuis la dernière publication qui en a été faite au bulletin. — Voir le *Concours médical*, nº 27, 4 juillet 1885.

Syndicats dont les bureaux sont indiqués ci-dessous :

Narbonne. — Rethel (Ardennes). — Marne (Epernay). — Aisne et Vesle. — Seudre (Charente-Inférieure). — Etampes. — Vallée du Rhône. — Bas-Anjou.

Bureau du Syndicat de Narbonne, 1886.

Président : Drs Janot, de Narbonne.
Vice-Président : Ansilloux, de Narbonne.
Vice-Président : Lazutte, de Ouveilhan.
Syndic : Cazanove, de Nevian.
Secrétaire-Trésorier : Narbonne, de Narbonne.

Bureau du Syndicat de Rethel. 1886.

Président : Drs Landragin, de Rethel.
Secrétaire : Troyon, id.
Trésorier : Lecoq, id.

Bureau du syndicat d'Epernay, 1886

Président : Drs Palle, d'Epernay.
Ass. : Grangé, d'Ay.
id. : Dunam, d'Esternay.
Secrétaire-Trésorier : Pellot, d'Epernay.

Bureau du Syndicat de l'Aisne et de la Vesle, 1886.

Président : Drs Dulieu, de Longueval.
Vice-Président : Angelet, de Vailly.
Secrétaire-Trésorier : Lecuyer, de Beaurieux.
Ass. : Godard, de Fisme.
id. : Wimy, de Braisne.

Bureau du Syndicat de la Seudre, 1886.

Président : Drs Chapparc, de St-Fort-sur-Gironde.
Vice-Président : Sallaud, de Gemozac.
Syndic : Chavanon, de Saujon.
id. : Tourtelot, de St-Fort.
Trésorier : *Dubois*, de Saujon,
Secrétaire : Bonnarme, de Pons.

Bureau du Syndicat d'Etampes, 1886.

Président : Drs Pasturaud, d'Etampes.
Vice-Président : Duhamel, d'Etrechy.
Secrétaire : Vivier, de Chalo-St-Mard.

Bureau du Syndicat de la Vallée du Rhône, 1886

Président : Drs Dagrève, de Tournon (Ardèche).
Vice-Président : Badin, de Vienne (Isère).
Secrétaire-Trésorier : Lasaigne, de Tournon.

Bureau du Syndicat du Bas-Anjou, 1886.

Président : Drs Lebiez, de Varades.
Vice-Président : Cesprées, de St-Georges,
Secrétaire : Rabjeau, des Ingrandes.
Trésorier : Blanchard, de St-Florent.

NOUVELLES

Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur. — MM. les docteurs Tarnier, professeur à la Faculté; Bouchut (de Paris) ; Beaudouin, directeur du service de santé au ministère de la guerre.

Officier. — MM. les docteurs Siredey, médecin de Lariboisière, Hurst, Giard, Fée, Tarneau et Millet, médecins militaires.

Chevalier. — MM. les docteurs Diday (de Lyon) ; Laveran, Billet, Magdelaine, Duprey, Ribard, Granjux, Grach-Laprade, Dubarry, Bressy, Cordier, Playoust, Mazellier, Pouchet, Gresnion-Menuau, médecins militaires ; Leroux (de Caen) ; de Gauljeac (d'Agen) ; Colard (d'Ornans) ; Gautier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Peyrot, Segond, chirurgiens des hôpitaux; Budin, accoucheur des hôpitaux.

— Sont nommés officiers de l'instruction publique ;

MM. les docteurs Auvray (de Caen), Bouchard (de Bordeaux), Caubet (de Toulon), Chenantais (de Nantes) Henrot (de Reims), Lépine (de Lyon).

— Sont nommés officiers d'académie ;

MM. les docteurs Arsonneau (de Semillac), Badal (de Bordeaux), Bartin (de Chauriat), Degoix (de Paris), Desfossés (de Paris), Didsbury (de Paris), Douet (d'Angers), Dubrisay (de Paris), Fouriaux (de Clermont), Jamain (de Paris), Labonne (de Paris), Lemaistre (de Limoges), Lépagnole (de Saint-Ferjeux), Linares (médecin militaire), Maur (de Plaisance), Maurel (médecin de la marine), Montfort (de Nantes), Ravary (d'Issy), Rey (de Paris), Simon (de Ribérac), Soulier (de Lyon), Tagnard (de La Mure), Vaissette (de Paris).

BIBLIOGRAPHIE

Formulaire des nouveaux remèdes, par le Dr G. Bardet, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et E. Egasse, pharmacien de 1re classe, ancien professeur agrégé à l'Ecole de médecine navale de Rochefort. O. Doin, éditeur.

Notre savant et aimable confrère, le Dr Bardet, a pensé qu'il rendrait service aux praticiens en quête de formules nouvelles, en réunissant pour eux, en un volume coquet et portatif, celles qui avaient paru pendant la première année du journal qu'il dirige, *les Nouveaux remèdes.*

Le *Formulaire des nouveaux remèdes*, outre de nombreuses formules, contient sous une forme concise, mais assez complète, les notions nécessaires à posséder sur la thérapeutique, la matière médicale, la chimie et la pharmacologie des traitements qui y sont traités. Il est peu question de médicaments classiques, pour ne pas faire double emploi avec les livres que tous les praticiens ont dans leur bibliothèque ; mais tous les détails nécessaires s'y trouvent relativement à l'emploi de nombreux corps employés dans l'Inde, en Amérique et en Australie, et encore à peine connus chez nous, parmi lesquels plus d'un pourra, à son tour, devenir classique.

M. Bardet, comme son chef, M. Dujardin-Beaumetz, contribue donc à rendre d'éminents services à la thérapeutique française. Qu'il reçoive nos félicitations amicales !

L Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Huitième année — N° 30 — 24 Juillet 1886.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La rage peut-elle être invoquée comme excuse légale ?

La question vient d'être soulevée à la *Société de médecine légale* (12 juillet) par M. le Dr Barbot (de Jonzac) à propos du fait suivant :

Un homme ayant tué une vieille femme, sa parente, et lui ayant volé 9,500 fr., rencontra un jour un autre homme dans les bois ; il le tua et lui glissa dans la poche un papier dans lequel celui-ci s'accusait du meurtre de la vieille femme. La fraude fut vite reconnue, et le véritable meurtrier arrêté. Devant le juge d'instruction, celui-ci reconnut son double crime et en raconta exactement toutes les circonstances, mais il prétendit qu'il avait été mordu trente ou quarante jours auparavant par un chien enragé et qu'il n'avait agi que sous l'empire d'un délire provoqué par la rage.

C'est sur la question de savoir si le fait allégué par ce criminel peut être scientifiquement soutenu, que le docteur Barbot consulte la Société.

M. Ladreit de la Charrière ne croit pas que jamais la folie ait été la conséquence d'une morsure rabique.

M. Motet.— « La rage peut sans doute se traduire par un accès de fureur et conséquemment par un meurtre ; mais dans le cas particulier dont il s'agit le meurtre a été compliqué de vol ; on ne saurait donc le mettre sur le compte d'une impulsion morbide. D'autre part, comme la connaissance des antécédents domine toutes les questions de pathologie mentale, et que nous ne savons rien du criminel en question, je crois que la Société ne doit pas répondre à la consultation qui lui est demandée. »

Cependant, une commission, composée de MM. Motet et Polaillon, donnera un avis motivé à M. Barbot. Si nous en avons connaissance, nous en ferons part à nos lecteurs.

Lésions intestinales causées par le sublimé.

Le sublimé rend assez de services à la thérapeutique pour qu'on puisse sans crainte signaler certains inconvénients qu'il peut avoir et que nous font connaître MM. Charrin et G. H. Roger dans une communication à la *Société de biologie*.

« MM. Charrin et G.-H. Roger ont présenté des intestins de lapins et de cobayes sur lesquels on peut étudier à tous les degrés les altérations déterminées par des injections intra-veineuses ou sous-cutanées de sublimé en solutions aqueuses à 1 gramme pour 1,000 ou à 1 gramme pour 4,000. Sur ces intestins on observe des lésions commençant par des hémorrhagies, des ecchymoses, allant jusqu'à la gangrène et produisant des ulcérations superficielles par élimination de l'escharre. Prévost et d'autres auteurs opérant sur les animaux (nous ne parlons pas des faits cliniques) avaient obtenu seulement des ecchymoses et des hémorrhagies. Il semble, d'après nos expériences, qu'une dose unique agit d'une façon plus intense qu'une dose même supérieure administrée en plusieurs jours. Ainsi, chez un cobaye de 500 grammes, 2 milligrammes placés en une fois sous la peau peuvent provoquer l'apparition d'ulcérations, alors que 5 milligrammes administrés en dix-huit jours, ou 3 milligrammes en six jours peuvent rester sans effet. Si on se permet de tirer quelques conclusions pour l'homme, en supposant chez lui une voie d'introduction et sa susceptibilité égale à celle de l'animal, alors que certains faits tendent à la montrer plus grande, on verra que pour un homme de 60 kilogrammes il faudrait 0 gr. 24 en une dose, ou 0 gr. 60 dans l'es-

pace de six jours, pour amener parfois des accidents intestinaux. Le siège de ces ulcérations et leur aspect permettent le plus souvent d'en reconnaître la nature. Dans ces derniers temps, quelques auteurs, voulant trop complètement peut-être innocenter le sublimé, ont attribué à l'infection l'apparition des accidents survenus chez des malades, chez des puerpérales surtout, soumises à des injections intra-utérines de sublimé. Sans vouloir nier en rien le rôle de l'infection, MM. Charrin et G.-H. Roger font remarquer que ce facteur ne saurait être invoqué dans leurs experiences et, tout en reconnaissant les propriétés antiseptiques du sublimé, ils ajoutent qu'il n'est peut-être pas inutile de montrer quelques-uns de ses inconvénients. »

Traitement du psoriasis syphilitique par les bains locaux de sublimé.

M. Gille de la Tourette a fait dans la même Société une communication sur ce sujet. — « Guidé par cette idée que les lésions locales de la syphilis et particulièrement les efflorescences cutanées sont dues à des colonies infectieuses vivant et fructifiant sur place, j'ai expérimenté les bains de sublimé sur les syphilides psoriasiformes palmaires et plantaires, facilement accessibles aux agents médicamenteux parasiticides. Kaposi prescrit, dans ces cas, une solution de 5 grammes de sublimé pour 500 grammes de véhicule. Il résulte de mes recherches que les bains locaux de sublimé, prolongés dix minutes matin et soir, sont le procédé le plus efficace pour la cure du psoriasis syphilitique ; que la solution de Kaposi est trop forte et trop irritante, surtout lorsqu'il existe des crevasses ; que la liqueur de van Swieten, coupée de moitié eau, 0,25 cent. pour 500, est très suffisante même dans les cas invétérés, et qu'on peut encore diminuer son titrage chez les personnes à peau sensible. Dans trois cas anciens, cette guérison seule, en dehors de tout traitement interne, a permis d'établir le diagnostic de syphilis.

J'ai traité également de cette façon un *lupus érythémateux* du genou, datant de six ans, et j'ai obtenu une guérison radicale en deux mois et demi. »

Nous avons omis de signaler une curieuse communication faite à l'*Académie des sciences*, le 12 juillet, par M. L. Bergeron au sujet d'une méthode thérapeutique que son auteur décrit ainsi :

Injection de médicaments gazeux dans le rectum.

Cette méthode thérapeutique est basée : 1° Sur ce principe de physiologie établi par Claude Bernard que l'introduction, par la voie rectale, de substances même toxiques n'offre pas de dangers tant que l'élimination pulmonaire n'est pas entravée ; 2° Sur ce fait d'observation qu'un courant de gaz carbonique pur peut être introduit en quantité indéterminée dans les voies intestinales sans provoquer de désordres, si l'injection est faite avec les précautions voulues.

Je me suis servi de cette méthode dans plusieurs maladies, et je viens aujourd'hui donner les résultats que j'ai obtenus dans la phthisie pulmonaire.

Après avoir essayé nombre de substances réputées balsamiques, parasiticides ou antiseptiques, j'ai fini par donner la préférence aux eaux minérales sulfureuses.

Un courant de 4 à 5 litres de gaz acide carbonique traversant 250 à 500 grammes d'eau minérale sul-

FEUILLETON

QUESTIONS SCOLAIRES

Laboratoire de microbiologie à la Faculté de Paris.

On lit dans la *Gazette hebdomadaire* :

« S'il est une création qui fasse honneur à la Faculté de médecine de Paris, c'est assurément celle du laboratoire de bactériologie qui vient d'être institué auprès de la chaire d'anatomie pathologique. Ce n'est pas seulement l'organisation de ce nouveau laboratoire qu'il faut louer, mais aussi et surtout le but qu'il doit remplir et les moyens employés pour le rendre accessible aux élèves. Il s'agit, en effet, d'un laboratoire dans lequel les élèves subviennent eux-mêmes, suivant une certaine part, aux dépenses de l'enseignement spécial qui leur y est conféré ; c'est là, croyons-nous, le premier exemple, donné en France, dans une Ecole de l'Etat, de l'application, quoique bien modeste encore, de cet excellent principe auquel certaines Universités étrangères doivent une grande part de leur influence, à savoir la rémunération de l'enseignement par les élèves qui le suivent. Ici on n'a encore mis à leur charge que les dépenses matérielles qui leur sont personnelles ; le jour viendra où l'on comprendra, comme à l'étranger, que le meilleur moyen d'assurer l'émulation entre les professeurs, d'accroître leur ardeur au travail, c'est de les faire bénéficer de ce supplément de traitement que l'on est en droit de considérer comme une juste récompense de leur valeur et de leurs efforts. Cette rémunération directe du professeur par l'élève entraîne, je le reconnais, une réforme dans le système des examens. Nul ne se plaindra le jour où elle sera promulguée.

Le savant professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris était depuis longtemps préoccupé des avantages offerts dans les Universités d'outre-Rhin aux étudiants et aux médecins désireux, soit de pratiquer des recherches spéciales sur certains points de la bactériologie, soit de s'initier aux procédés techniques de cette science nouvelle. Quel que soit l'avenir réservé aux nombreuses découvertes de cette science et à celles dont elle ne cesse chaque jour de s'enrichir, il n'est pas douteux qu'elle forme dès maintenant une branche impor-

fureuse est introduit dans le rectum deux fois par vingt-quatre heures. Quelques jours après l'emploi de ce procédé, j'ai constaté : 1° une diminution allant jusqu'à la suppression totale de la toux ; 2° une modification profonde comme qualité et comme quantité de l'expectoration ; 3° une suppression des sueurs ; 4° un relèvement de l'état général et cela, non seulement dans la phthisie au début, mais dans la phthisie confirmée.

Mon observation quotidienne et l'auscultation m'ont permis de constater la disparition progressive des râles humides. Les résultats m'ont paru suffisamment encourageants pour demander à ce qu'ils soient contrôlés. Dans une prochaine communication, je relaterai les résultats que j'ai obtenus dans d'autres maladies. »

Quelles surprises nouvelles nous réserve cette deuxième communication ? Il ne faudrait pas cependant abuser de la voie rectale pour l'introduction des médicaments ; s'il est vrai qu'elle puisse rendre à l'occasion des services, il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner, sous peine de nuire à son intégrité. Répétons avec le poète latin :

Est modus in rebus, sunt certi denique fines
Quos ultra citraque nequit consistere Rectum.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 20 Juillet).

M. le Dr Grasset (de Montpellier), bien connu par ses travaux sur le système nerveux, a été élu *membre correspondant national* par 39 voix contre 5 données à M. Tillot (de Luxeuil), 3 à M. Mauricet (de Vannes) et 2 à M. Carlet (de Bordeaux).

La discussion est ouverte par les conclusions de la commission, présentées par M. Rochard, qui considèrent comme nuisible l'alcoolisation des vins ou vinage.

C'est M. Gallard qui a ouvert le feu contre le travail de la commission. Il a rappelé que l'Académie, déjà consultée en 1870 sur l'adultération des vins, n'avait pas vu à cette époque d'inconvénient dans l'addition d'alcool ; il croit qu'elle aurait tort de se déjuger aujourd'hui. — Sans doute, toute addition faite au vin devrait faire interdire au marchand de vendre le produit comme le jus résultant de la fermentation du raisin ; mais toutes les additions ne sont pas nuisibles. Ainsi le mouillage, c'est-à-dire, l'addition d'eau pure, filtrée, non surchargée de sels en dissolution n'a pas d'inconvénients au point de vue de l'hygiène.

Quant à l'addition d'alcool, c'est-à-dire au vinage, il est difficile d'abord de la déceler, puisque la proportion contenue dans les vins naturels est extrêmement variable et oscille contre 6 et 30 pour 100. Quand l'alcool ajouté est de l'alcool parfaitement rectifié, nous n'avons pas les moyens de doser la quantité ajoutée. Quand il s'agit d'alcools, dit inférieurs, c'est-à-dire toxiques, la découverte en est si difficile qu'on vient de proposer un prix de 50,000 fr. à la personne qui trouvera un moyen de déceler facilement ces alcools nuisibles. Si un tel moyen vient à être découvert, M. Gallard pense qu'il y aura alors avantage à interdire l'addition de ces alcools impurs au vin au même titre que l'acide salicylique et les teintures.

M. Gallard ne croit pas que l'alcool pur éthylique soit nuisible ; il fait délivrer depuis 25 ans pendant les mois chauds aux 40,000 employés d'une grande administration qu'il est chargé de soigner un litre par jour d'eau additionnée de 40 grammes de tafia

---

tante des connaissances médicales et que, savants, expérimentateurs et praticiens, ne peuvent l'ignorer. Ne lui doit-on pas tout au moins cette connaissance des agents infectieux qui a bouleversé de fond en comble l'épidémiologie et ces découvertes successives de virus-vaccins, qui ont offert à l'hygiène de si vastes champs d'observations judicieuses et d'applications utiles à la santé publique ! En particulier, l'anatomo-pathologiste ne saurait plus achever ses investigations sans tenir compte des éléments que la bactériologie révèle et des confirmations de diagnostic qu'elle permet seule, dans bien des cas, de déterminer. D'où là nécessité de vulgariser ses conquêtes, ses procédés techniques et de les mettre à la disposition de tous ceux que la pratique médicale ne doit pas absorber tout entiers. Or les laboratoires particuliers ne peuvent s'ouvrir qu'à un petit nombre de privilégiés. M. Cornil chargea deux de ses élèves, MM. les docteurs Chantemesse et Clado, de rechercher les moyens d'organiser un laboratoire où la bactériologie pourrait être enseignée au plus grand nombre possible d'élèves, étant données les conditions auxquelles est soumis l'enseignement en France et en particulier à la Faculté de médecine de Paris.

Aidés des conseils autorisés de leur éminent maître, MM. Chantemesse et Clado étudièrent l'installation des divers laboratoires français et étrangers, se mirent au courant, sur place même, des plus récentes innovations et, munis de nombreux matériaux, ils préparèrent un plan et un programme appropriés. Le laboratoire de bactériologie de la Faculté de médecine de Paris devait évidemment dépendre de la chaire d'anatomie pathologique; mais fallait-il attendre son inscription au budget ? C'eût été perdre un temps précieux. M. Cornil se préoccupa donc tout d'abord du choix d'un local et de l'aménagement intérieur de celui-ci. On sait que la Faculté de Paris est en ce moment en pleine voie de transformation pour tout ce qui concerne l'installation matérielle de ses services pratiques ; chacun de ses professeurs se préoccupe de cette installation pour son propre compte et s'efforce d'obtenir de l'administration supérieure, soit le local, soit les fonds dont il a besoin. M. Cornil a eu la bonne et légitime fortune de pouvoir installer le premier l'un de ces laboratoires dans la nouvelle Ecole pratique ; il a pu faire choix d'une série de pièces situées dans l'aile gauche des bâtiments, le long d'une cour intérieure, au deuxième étage. On entre d'abord

et 4 grammes de teinture de gentiane, boisson très rafraîchissante, mais assez alcoolique. L'usage de ce mélange a toujours paru non seulement exempt d'inconvénient, mais très préférable à celui d'eau simple additionnée d'un peu de vinaigre que boivent les ouvriers des campagnes voisines; les hommes sont mieux désaltérés, moins exposés à la dilatation de l'estomac parce qu'ils ingèrent moins de liquide, et on observe de moins en moins chez les ouvriers de l'administration en question les fièvres paludéennes, les épidémies et les troubles gastro-intestinaux.

Si l'alcoolisme fait des ravages, c'est dans les pays où on consomme surtout non pas du vin viné, c'est-à-dire contenant en somme de l'alcool dilué, mais des boissons alcooliques autres que le vin. C'est à celles-ci qu'il faut surtout faire la guerre.

M. Gallard verrait avec faveur reprendre une disposition fiscale jadis proposée par M. Roussel à l'Assemblée nationale, les droits devant être calculés de telle sorte que la taxe portant sur une même quantité d'alcool devienne de plus en plus forte à mesure que cet alcool serait dilué dans un moindre volume de liquide.

C'est M. Dujardin-Beaumetz qui, comme membre de la commission, a riposté le premier aux critiques de M. Gallard.

Toute addition au vin lui enlève la qualité de vin : le jus fermenté naturellement du raisin est un tout complexe, puisqu'on y a trouvé plus de 40 substances; c'est comme un produit vivant, et l'augmentation ou la diminution d'un seul de ses éléments constitutifs modifie l'ensemble. Ainsi l'addition d'alcool précipite le tannin, dont le rôle est capital dans les propriétés du vin.

M. Beaumetz ne voit aucun inconvénient à ce que l'Académie se déjuge au sujet de son verdict de 1870 sur le vinage. Bien des faits nouveaux se sont produits depuis lors. Les expériences personnelles si nombreuses de l'auteur lui ont permis de démontrer la toxicité toute spéciale des alcools dits supérieurs, ceux de betterave notamment. C'est à l'usage de ces alcools impurs, introduits depuis 1870 dans le vinage, qu'on doit attribuer ce développement extraordinaire de l'alcoolisme constaté chez les malades des hôpitaux, alcoolisme que nous savons aujourd'hui distinguer de l'ivrognerie.

M. Beaumetz propose donc de repousser les conclusions nouvelles de M. Gallard et de voter celles de la commission.

MÉDECINE PRATIQUE.

Des affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané.

Le domaine du rhumatisme, déjà si étendu, s'est encore enrichi dans ces dernières années de plusieurs acquisitions relatives à des affections du tissu cellulaire sous-cutané. Celles-ci, décrites sous des noms divers dans des monographies peu répandues ou dans des communications à des sociétés, méritent d'être connues de tout praticien qui, pouvant d'un jour à l'autre les rencontrer dans sa clientèle, risquerait d'en méconnaître la nature et par suite de se méprendre sur le pronostic et le traitement. M. le Dr Chuffart a rendu ce service aux critiques d'avoir réuni dans sa thèse récente d'agrégation les

---

dans un laboratoire particulier réservé aux anciens élèves qui veulent se livrer à des recherches spéciales, puis dans le laboratoire général renfermant seize places ; à la suite se trouvent des étuves à température constante, une glacière, un office-laverie et enfin les laboratoires des deux démonstrateurs.

Le mobilier dans ces diverses salles est des plus simples, mais très suffisant et fort bien approprié aux études bactériologiques : chaque élève occupe une large place à la table qui règne tout le long du vitrage situé sur l'un des côtés du laboratoire ; cette table est pourvue d'un tiroir fermant à clef et chaque élève possède également une armoire dans laquelle il dépose le soir tout ce qui lui appartient. Les élèves ont à leur disposition un certain nombre d'objets qui leur sont confiés pendant la durée d'un cours pratique et qu'ils doivent remettre en bon état à leur départ ; ils doivent, en outre, se procurer à leurs frais les réactifs nécessaires, les instruments dont ils ne peuvent se passer, réactifs et instruments qui leur sont d'ailleurs indispensables s'ils veulent continuer en particulier leurs études bactériologiques. Ils versent, en outre, une somme de 50 francs comme payement du cours. Les séries sont de seize élèves, qui demeurent au laboratoire pendant six semaines; tous les deux jours, l'un des démonstrateurs fait d'une à trois heures un cours théorique ; et tous les deux exercent individuellement tous les jours les élèves aux manipulations ; ceux-ci peuvent venir facultativement au laboratoire le matin, mais ils sont obligés de s'y rendre tous les jours de midi à cinq heures sous peine d'être rayés. Jusqu'ici, les deux premières séries d'élèves reçus à ce laboratoire ont été complètes et plusieurs autres sont inscrites, tant cette innovation a été appréciée par la jeunesse studieuse de la Faculté, par des médecins français et étrangers appartenant à diverses nationalités ! Puisse l'heureuse initiative de M. Cornil faire bientôt reprendre aux étrangers le chemin de nos Ecoles ; puisse-t-elle servir également à transformer le régime de nos études médicales pratiques, pour le plus grand profit de l'éducation scientifique de notre corps médical ! »

Nous nous associons pleinement aux souhaits de notre distingué confrère, ainsi qu'aux éloges bien justifiés qu'il accorde au zèle de MM. Chantemesse et Clado.

documents qui concernent ces affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané. Nous admettons avec lui qu'il y a lieu de décrire des MANIFESTATIONS AIGUES sous le nom de *œdème péri-articulaire, pseudo-phlegmon, œdème rhumatismal essentiel, nodosités éphémères* ou transitoires, et des MANIFESTATIONS SUBAIGUES OU CHRONIQUES : *nodosités durables, pseudo-lipômes, diathèse lipomateuse.*

Par contre, nous hésitons à le suivre, quand il croit encore nous guider sur les terres du rhumatisme, en nous présentant comme MANIFESTATIONS SECONDAIRES et INDIRECTES de celui-ci, la *maladie de Dupuytren* (rétraction de l'aponévrose palmaire), les diverses *sclérodermies*, *l'éléphantiasis secondaire*, l'*obésité* et même la *sénilité précoce*. A coup sûr, quelques-uns de ces états pathologiques surviennent avec quelque prédilection chez les arthritiques, l'obésité, par exemple ; mais il n'est guère dans les habitudes de la nosologie de classer l'obésité dans les affections du tissu cellulaire sous-cutané, et quant aux problèmes que soulève l'étiologie des sclérodermies, ils sont encore trop obscurs pour qu'il soit utile de les aborder ici.

Nous allons donc nous en tenir dans cette revue à un exposé pratique des caractères cliniques des deux premiers ordres de manifestations rhumatismales du tissu cellulaire admises par M. Chuffart.

I

Nous passerons brièvement sur l'*œdème périarticulaire* qui, au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu avec fluxion articulaire intense, vient s'étendre à une distance plus ou moins grande de l'articulation. La peau est le plus souvent rouge, et cet œdème consiste en une tuméfaction douloureuse de la peau et des parties sous-jacentes qui offre les caractères de l'œdème dit inflammatoire. Les traînées érythémateuses et œdémateuses suivent souvent le trajet des gaines tendineuses. Il s'agit là, à n'en pas douter, de phénomènes de voisinage, leur durée et leur intensité sont exactement en rapport avec celles de la fluxion séreuse articulaire ; on en trouve l'équivalent dans une variété d'œdème sous-cutané, par propagation, consécutif à certaines lésions cutanées, comme l'érythème noueux ou l'urticaire. L'œdème périarticulaire ne modifie en aucune façon le pronostic de l'attaque de rhumatisme ; il est justiciable, comme les fluxions articulaires, du salicylate de soude, et il pose l'indication de joindre à l'enveloppement des jointures dans l'ouate un certain degré de compression méthodique.

Un intérêt considérable s'attache à la connaissance du *pseudo-phlegmon*, affection plus commune qu'on ne le croyait tout d'abord, lorsqu'on en ignorait la nature, et qui a dû souvent faire croire aux médecins que le phlegmon est susceptible d'entrer en résolution à une époque même avancée de son évolution.

Nous en avons vu pour notre part deux cas très instructifs, dans l'un desquels un chirurgien d'une habileté incontestable faillit à deux reprises débrider largement, et l'eût fait sans nul doute si un collègue médecin n'avait modéré cette ardeur incisive en affirmant le diagnostic de pseudo-phlegmon rhumatismal et en promettant la résolution relativement prochaine par l'emploi d'une thérapeutique purement médicale.

Le pseudo-phlegmon, dont l'étude doit beaucoup à M. Kirmisson (1), se présente dans les conditions suivantes : « Chez un malade, au cours ou à la suite de manifestations rhumatismales subaiguës, le plus souvent, on voit brusquement survenir une tuméfaction considérable d'un membre accompagnée de douleur, de chaleur à la peau ; la pression du doigt y détermine le godet caractéristique de l'œdème. La réaction fébrile peut n'être pas très considérable ; mais, pour peu qu'elle atteigne un certain degré d'intensité, on croit de suite, en présence des symptômes locaux accompagnateurs, se trouver en face d'un phlegmon.

Cependant, l'apparition brusque et d'emblée de cette tuméfaction qui peut occuper tout un membre, l'absence absolue de fluctuation, l'impossibilité de constater la porte d'entrée du phlegmon, l'intégrité des vaisseaux qui ne sont ni durs, ni douloureux à la pression, le défaut d'engorgement ganglionnaire enfin, montrent que le diagnostic de phlegmon est erroné. Bientôt, d'ailleurs, la marche de l'affection vient montrer que ce pseudo-phlegmon, sous l'influence de la chaleur et de la compression, disparaît graduellement et sans laisser de traces, dans un laps de temps qui peut osciller entre huit, dix et quinze jours. »

A cette description, nous ajouterons que dans certains cas le gonflement des parties s'étant produit moins rapidement et étant resté plus localisé, la disproportion entre l'étendue de la lésion locale, entre sa marche rapide et le peu d'intensité des symptômes généraux est moins accentuée que ne semble l'admettre M. Chuffart et rend l'erreur de diagnostic plus excusable. Nous ajouterons aussi que la résolution demande quelquefois plus longtemps qu'il ne le dit, jusqu'à trois semaines dans un cas que nous avons vu, et que l'usage du salicylate de soude, comme aussi d'un massage méthodique et modéré, sont des moyens thérapeutiques utiles dans la cure de ces pseudo-phlegmons. Comme éléments de diagnostic, l'existence de manifestations douloureuses articulaires ou névralgiques prémonitoires dans le membre tuméfié, l'apparition de certaines éruptions cutanées, de l'urticaire, doivent être pris en considération.

Sous le nom d'*œdème rhumatismal essentiel*, on doit comprendre des manifestations admises par Monneret, Fernet, Ferrand, mais qui ont surtout été étudiées par Davaine fils et le professeur Potain. Chez des malades qui, presque tous, ont eu un rhumatisme articulaire aigu antérieur, puis, à des époques variables, dès accidents subaigus, réapparaissent des douleurs articulaires plus ou moins vives dans un membre, puis, quelque temps après, survient dans ce membre une infiltration séreuse. La peau est tendue, luisante, souvent atteinte d'une éruption

(1) Œdèmes inflammatoires des membres de nature rhumatismale, *Progrès médical*, 1876.

telle qu'érythème noueux, papuleux, urticaire, purpura. Cet œdème est dur, rénitent, douloureux ; l'empreinte du doigt est très fugace et toujours moins profonde que dans les autres cas d'hydropisie ; il n'y a plus, comme dans le pseudo-phlegmon, d'élévation évidente de la température locale. Cet œdème peut atteindre toute la continuité d'un ou de plusieurs membres, se localiser autour d'une articulation non douloureuse, affecter quelquefois aussi le tronc, la face.

Il peut être tellement généralisé qu'il puisse simuler l'anasarque, de la néphrite albumineuse ou de l'asystolie.

Toutefois, à propos des observations citées comme exemples *d'anasarque rhumatismale*, dans lesquelles il est souvent fait mention de symptômes congestifs ou exsudatifs du côté des cavités splanchniques (congestion pulmonaire, épanchement pleural péricardique ou péritonéal), d'éruptions cutanées rappelant l'érythème polymorphe, — on peut se demander avec M. Chuffart s'il ne s'agit pas plutôt de pseudo-rhumatisme infectieux que de rhumatisme légitime. L'érythème polymorphe, on le sait, — Villemin l'a rappelé il y a peu de temps, Besnier et de Molènes l'ont admis avant lui pour certains cas, — a tous les caractères d'une maladie infectieuse.

L'œdème rhumatismal, d'une durée fort variable, sujet à des disparitions rapides et à des retours subits, peut se résoudre graduellement ou cesser presque subitement sans laisser aucune trace. Il peut laisser après lui au-dessous de la peau, non adhérentes à cette dernière, certaines nodosités qui peuvent aussi apparaître en dehors de l'œdème diffus et qui ont été décrites sous le nom de nodosités rhumatismales sous-cutanées.

II

M. Féréol a signalé, en 1879, sous le nom de *nodosités cutanées éphémères arthritiques*, de petites tumeurs qui siègent ordinairement sur le front, où elles forment une saillie souvent mal délimitée, sans changement de coloration de la peau, tout à fait indolente, même à la pression. M. Féréol ajoutait: « On dirait un œdème local, dur, circonscrit, quelque chose de très analogue à l'érythème noueux, mais sans érythème, sans rougeur. » Ces productions nodulaires éphémères doivent être distinguées, comme l'a indiqué M. Troisier, d'autres nodosités sous-cutanées rhumatismales qui se séparent des premières par leur durée beaucoup plus grande et leur évolution anatomique différente.

Les nodosités éphémères apparaissent en général brusquement sur le front ou le cuir chevelu, peu nombreuses, précédées le plus souvent de migraines qui rappellent la période prodromique douloureuse de l'œdème rhumatismal. Au bout de 12, 24. 36 heures au plus, elles ont disparu ; il peut y avoir des poussées successives. Leur indolence est telle que la vue ou le toucher seuls avertissent les malades de leur présence. De forme arrondie ou oblongue, elles adhèrent ordinairement à la peau, se déplaçant avec elle et mobiles sur les parties sous-jacentes. Quelquefois, plus profondes, elles paraissent faire corps avec le périoste (Féréol).

Dans un fait cité par Brocq, en même temps que les nodosités, apparaissait sur la partie latérale du cou une sorte de cordon allongé, dur, donnant au doigt la sensation d'un tronc lymphatique enflammé, coïncidence qui, jointe à l'existence de relations signalées par Brissaud entre les nodosités sous-cutanées durables et les adénopathies décrites par cet auteur sous le nom de *bubon rhumatismal*, conduit M. Chuffart à penser que les nodosités éphémères sont en rapport avec la gêne de la circulation lymphatique et l'engorgement de ses troncs.

Bien qu'il soit fort intéressant d'étudier la physiologie pathologique de l'œdème rhumatismal et des nodosités éphémères, comme l'a fait M. Chuffart, par des expériences, nous ne le suivrons pas sur ce terrain; nous nous contenterons d'accepter sa conclusion, à savoir que l'œdème rhumatismal est d'origine nerveuse et vaso-motrice, en rapport habituel avec l'existence de névrites périphériques ; qu'il se rattache enfin nosologiquement aux œdèmes par contusion des nerfs et aux œdèmes par intoxication.

Les *nodosités rhumatismales durables* ne diffèrent guère, à vrai dire, des éphémères que par des différences de degré. M. Meynet (de Lyon), 1875, les a vues coexister dans les mêmes points à côté les unes des autres. Les nodosités durables, que Froriep aurait le premier signalées (1843), suivant Jaccoud, sont plus fréquentes que les éphémères, plus fréquentes chez l'enfant: Barlow et Warner (1881) en ont recueilli 27 cas.

Sans avoir de siège de prédilection, elles se rencontrent pourtant plutôt aux membres, au niveau des articulations, des os superficiels et surtout du crâne. Elles apparaissent pendant le cours ou la convalescence d'une attaque de rhumatisme articulaire vive, ou coexistent avec des érythèmes, avec la chorée, surtout chez les enfants. Indurations aplaties ou sphériques, bien limitées, du volume d'une tête d'épingle à une amande, souvent symétriques, au nombre de 1 à 50, apparaissant simultanément ou successivement, elles ne subissent pas la transformation osseuse, ce qui les distingue des nodosités d'Heberden, ne s'infiltrent pas d'urate de soude, ce qui les éloigne des tophus goutteux, et ne suppurent jamais.

Les trois autopsies faites par Barlow et Warner ont fait voir qu'elles étaient attachées aux tendons, aux aponévroses profondes, au péricrâne, qu'elles ressemblent macroscopiquement à des grains de sagou bouillis, et les examens micrographiques les montrent composées d'un tissu fibreux riche en éléments cellulaires fusiformes et ronds, contenant un assez grand nombre de vaisseaux.

Brissaud leur assigne une certaine valeur pronostique, puisqu'il dit qu'elles n'appartiennent guère qu'à des rhumatismes graves et longs, et le plus souvent à des rhumatismes récidivés ou qui récidiveront à courte échéance.

(*A suivre.*) P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les doctrines médicales devant l'Association

I

« Monsieur le Directeur,

« En présence du courant irrésistible qui conduit la grande majorité des clients, riches ou aisés, de toute cette contrée, chez un personnage devenu riche et influent, par suite de l'exercice de l'homœopathie, *sans diplôme*, et, chose plus remarquable encore, *sans patente*, je me décide à ne plus conserver du médecin que le titre acquis par de longues et coûteuses études.

« Je prétends que le Monsieur non diplômé, gagne et reçoit, à lui seul, plus d'argent que les quatre médecins qui exercent ici. Ces quatre médecins doivent payer environ 300 fr. pour *patentes*. Ils font bon nombre de visites non payées. Le Monsieur reçoit gros et comptant.

« Je termine ! bien fol est qui s'y fourre... dans la médecine. Je ne serais pas fâché de voir ma lettre publiée et je serais heureux de trouver une réponse aux questions suivantes :

« 1° Comment m'y prendre pour ne plus payer patente ?

« 2° Ne payant plus patente, quels seront mes droits et, à l'occasion, de quelles peines serais-je passible ?

« Je ne puis ne pas sourire quand je lis, dans un numéro du *Concours*, que l'*Association du Rhône* répudie toutes relations avec ceux qui exercent l'homœopathie ou autre chose similaire ! Bien noble est cette tentative d'épuration.

« Mais il serait encore bien plus sage de faire en sorte que, du milieu de cette corporation médicale si pure, si digne des bienfaits de la clientèle *reconnaissante*, certains membres exténués par la lutte, par les privations peut-être, ne roulassent pas sous le carrosse d'un *pratiquant non diplômé*.

« En un mot, un peu moins de puritanisme, de creux ; un peu plus de pain moins sec, en attendant que le public daigne nous confier ses entorses et nous croire aussi habiles que ceux qui, par un diplôme, n'ont pas perdu le charme du fruit défendu.

« Agréez, etc.

« Ghisgand. »

P. S. L'homœopathe non diplômé, dont je parlais plus haut, jouit de la sympathie d'un nombre considérable de familles.

Si l'on veut passer pour un jaloux ; si l'on veut laisser croire qu'on est incapable de faire aussi bien que lui, il suffit de toucher à sa réputation de guérisseur.

Les voitures de luxe sont nombreuses à sa porte ; des fonctionnaires de haut grade, des officiers dont la position n'est plus à faire, des docteurs en droit, peuvent être comptés dans sa clientèle. Tout cela se fait bravement, sans aucune espèce de gêne, ni d'embarras. Le monde ici veut autre chose que la médecine officielle et il s'adresse à l'*homœopathie* qui lui offre de mystérieux attraits.

Tout cela fait briller les vertus du médecin qui, fidèle aux doctrines, soumis aux décisions des *bien-placés*, reste raide et correct, le gilet collé sur un estomac peu rebondi. Il attend que le monde plus délicat, plus friand des fines qualités, tourne vers lui ses regards.

Mais la génération est lancée dans un sens contraire et le médecin restera sur la plage déserte....»

G.

Nous répondons à vos questions.

Pour ne plus payer patente, il faut ne plus exercer.

Ne payant plus patente, si vous pratiquez la médecine, vous serez poursuivi, comptez-y bien ! La magistrature est sévère pour le médecin ; elle se dédommage, sur lui, de sa tolérance à l'égard des charlatans de toute robe.

Mais croyez-vous que vos confrères et vous, si vous aviez pu vous entendre, vous associer et faire preuve du courage médical, comme on doit faire preuve de courage civique, vous n'auriez pas pu, par des poursuites légales, sans trêve ni merci, venir à bout d'expulser votre charlatan non diplômé ?

En ce qui concerne la décision de l'*Association du Rhône*, son opportunité est très contestable.

L'Association n'a rien à voir dans les doctrines médicales, fussent-elles aussi peu vraisemblables que celles de Hahnemann. Dès l'instant qu'un médecin est couvert par le diplôme que l'État lui a conféré, c'est à l'État seul qu'incombe le devoir de surveiller l'usage qu'il fait de ce diplôme.

A. C.

II

Responsabilité des gardes-malades et des médecins

Le *Medical Record* (13 février) rapporte ce qui suit d'après le *Medico-Legal Journal* :

Malcolm S. Daly, 74 ans, a intenté à l'Administration de l'hôpital Saint-Joseph, dirigé par les Sœurs Franciscaines, devant le United States Circuit Court, d'Omaha, Nebraska, une action en dommages-intérêts, à propos du fait suivant. Daly, qui était atteint d'une cataracte, avait loué dans cet hôpital une chambre pour subir un traitement de la part d'un oculiste. L'une des gardes-malades, soit accident, soit erreur, laissa tomber dans l'œil de l'acide phénique, et l'organe fut entièrement détruit. La Cour a alloué une somme de 1.700 dollars.

Dans un autre cas, un médecin de Worcester, Massachussetts, a été condamné pour homicide, pour avoir ordonné d'envelopper une malade, auprès de laquelle il avait été appelé, dans de la flanelle imbibée d'huile de *kerosene* (?), ce qui avait occasionné la mort de la patiente.

En appel, la Cour Suprême confirma le verdict. Pour sa défense, le médecin allégua que dans plusieurs cas déjà il avait employé le même traitement

avec succès, quoique dans un de ces cas il se fût produit de la vésication et de l'escharification. Dans les considérants, la Cour Suprême a déclaré qu'il y a « homicide coupable » lorsqu'il y a de la part du médecin négligence grossière, témérité aveugle (*recklessness*) ou présomption excessive (*foolhardy*).

III

Honoraires des médecins.

« Nous publions un jugement rendu par le tribunal de 1re instance d'Anvers, qui ne manquera pas de surprendre tout le monde. Avec une pareille jurisprudence, quel droit, quel moyen restera-t-il au médecin pour faire rémunérer ses services ? Il lui est interdit, par le Code pénal, de dévoiler et de faire intervenir la nature de la maladie pour justifier ses états d'honoraires. Les Commissions médicales elles-mêmes sont déclarées tout aussi incompétentes que le tribunal, pour juger le différend. Le tarif formulé par le Corps Médical doit être considéré comme non-avenu. Un collège composé exclusivement de médecins n'est pas admissible pour donner son avis. Enfin, que reste-t-il à faire au médecin pour obtenir la rémunération de ses services ? — S'en rapporter à la générosité, à la bonne volonté de ses clients.

Eh bien, s'il en était ainsi, adieu la médecine ! S'il fallait compter sur la bonne foi et la reconnaissance de ses malades, ce serait un comble. Car ils sont rares ceux-là qui, une fois guéris, pensent encore à celui qui leur a sauvé la vie. Les contestations en matière d'honoraires sont là qui l'attestent.

Ainsi, parce qu'il ne trouve et ne reconnaît aucune base qui puisse lui servir à apprécier la légitimité des honoraires d'un médecin, le tribunal de première instance d'Anvers tranche arbitrairement le différend à coups de réductions. Est-ce là de la justice ?

Si son ignorance en la matière le rend incapable de juger sainement, équitablement, au lieu de se récuser, qu'il prenne l'avis de la Commission médicale, autorité administrative compétente, qui, en cette qualité, porte la responsabilité de ses actes et de ses jugements.

Et d'ailleurs, si tous les diplômes ont la même valeur, il n'en est pas ainsi de ceux qui les portent. Ils sont classés, par les populations elles-mêmes, d'après les mérites qu'elles leur attribuent, leur habileté et la position qu'ils occupent. Il est admis que le praticien a le droit d'apprécier lui-même la valeur des services qu'il a rendus et de fixer le prix de ses honoraires. Tel réclame 3 francs, tel autre 5 francs et un troisième 10 francs, par visite. Cela est bientôt connu. Donc, quand on s'adresse à l'une ou l'autre de ces trois catégories de praticiens, on accepte facilement le taux de rémunération de ses services, et le tribunal, en cas de contestation, ne peut avoir le droit, dans son incompétence, de venir trancher le différend par des réductions fantaisistes et arbitraires.

Le jugement dont il s'agit est rendu en dernier ressort. Il est donc définitif !

En cause du sieur X..., docteur en médecine à Anvers, demandeur, représenté par Me Vaes, avoué; plaidant, Me Temmermann, avocat ;

Contre le sieur X..., négociant à Anvers, défendeur, ayant pour avoué Me Van Elsaecker ; plaidant Me Van de Vorst, avocat ;

Attendu que les honoraires des professions libérales ne sont point tarifés par nos lois ; que s'ils représentent la rémunération de services rendus, c'est de services considérés comme non susceptibles d'une appréciation rigoureuse en argent; que le législateur se fie autant au désintéressement et à la modération d'un côté qu'à la reconnaissance de l'autre.

Attendu que si ces sentiments réciproques ne concordent pas, si un débat judiciaire doit s'ensuivre, les deux parties se trouvent placées sur la même ligne, obligées, l'une comme l'autre, de justifier leurs prétentions ;

Attendu que, dès lors, il appartient au demandeur d'établir le fondement de son action ; qu'au cas actuel, le défendeur reconnaît avoir été traité par le demandeur au cours d'une maladie grave ; qu'il n'y a dissentiment que sur le nombre et la nature des visites faites au cours de cette maladie et sur la rémunération qu'il est juste d'y attribuer eu égard à l'importance du service rendu au patient et à la fortune de ce dernier ;

Attendu, quant au nombre de visites, que de part et d'autre, il est produit des relevés concordant sur le plus grand nombre de points ; que l'erreur à ce sujet est aussi admissible de la part du médecin que de la part de la famille du malade ; que « la commission médicale n'est, pas plus que le Tribunal, » en mesure de vérifier ces détails de fait, dont le « souvenir doit avoir échappé aux témoins » ; qu'au reste, une preuve de ce genre, fût-elle admissible, n'est pas même offerte ;

Attendu que « la commission médicale n'est pas » moins impuissante à fixer la fortune du défendeur » qu'il est du reste téméraire de vouloir à cet égard » établir des catégories nettement tranchées, et » qu'il serait contraire à la discrétion de l'homme » de l'art ou de la science de provoquer sur ce point » non seulement des justifications, mais seulement » des explications » ;

Que, pour s'y résoudre, il faudrait des circonstances exceptionnelles dont il n'est pas même fait état ; que, sauf ces exceptions, il faut donc, au sujet de la fortune, prendre « plutôt en considération les déclarations du débiteur » ;

Attendu que la gravité de la maladie dont le défendeur a souffert en 1884 ne saurait être mise en doute ; que l'on peut admettre que, dans le traitement le demandeur n'a pas joué le rôle effacé que lui attribue le défendeur ; qu'il reste donc à déterminer le tarif auquel les soins doivent être appréciés;

Attendu que, si le Tribunal demandait à ce sujet « l'avis d'un collège exclusivement composé de mé» decins, le défendeur aurait lieu de se plaindre de » n'avoir parmi les experts aucun représentant de

» son droit et de son intérêt; que cet avis n'aurait » donc jamais les apparences d'impartialité d'un » rapport ordinaire d'expertise, et qu'un rapport » ordinaire demeure encore sujet à discussion ; »

Attendu, d'ailleurs, que l'avis du Corps médical devrait, selon le demandeur, avoir « passé dans le » tarif arrêté par le Cercle médical d'Anvers, en » 1874, mais qu'on ne peut pas perdre de vue que » ce tarif n'a jamais été ni accepté par la population » ni mis en pratique par la généralité des médecins » eux-mêmes ; que la plupart ont compris que ce » n'est pas à l'aide de classifications arbitraires et » d'exigences intéressées qu'on élève la dignité de la » profession ; que le tarif en question n'a donc » jamais acquis une grande autorité ; »

Attendu qu'en outre, « un tarif arrêté en 1874, à » la suite d'un élan de prospérité sans précédent et » qui semblait devoir entraîner un renchérissement » définitif de toutes les choses nécessaires à la vie, » ne trouve plus de justification aujourd'hui que » tout paraît, au contraire, atteint d'une baisse pour » longtemps irrémédiable ; »

Attendu que, dans ces circonstances, le demandeur a eu grand tort de ne pas accepter la somme de 1,000 francs offerte en conciliation par le défendeur, pour régler à l'amiable une rémunération qui ne peut continuer d'échapper à la qualification de « salaire et mériter le nom d'honoraire, sans garder » un caractère de modération et de spontanéité en » quelque sorte affectueuse : »

Attendu que, de son côté, le défendeur semble obéir à une espèce de ressentiment en refusant de maintenir son offre amiable, pour discuter minutieusement les chiffres et la nature des visites faites par le demandeur ;

Attendu que les deux parties succombent donc, mais dans des proportions différentes, correspondant sensiblement à la différence entre les frais de la demande et ceux de la défense ;

Par ces motifs,

Le Tribunal, statuant en dernier ressort et écartant toute conclusion contraire, condamne le défendeur à payer au demandeur la somme de mille francs avec les intérêts à partir de la demande et compense les dépens.

(*Le Scalpel.*)

REVUE DES JOURNAUX

Galazyme ou lait fermenté.

M. Dujardin-Beaumetz a communiqué à la Société de thérapeutique son procédé de préparation pour obtenir une sorte de lait fermenté, dont le prix de revient est bien moindre que celui des autres boissons analogues déjà connues, le koumis et le kéfir. Il a donné à ce produit le nom de galazyme. Il rappelle que le kéfir est obtenu au moyen de la fermentation du lait, déterminée par un champignon, le *Dyspora caucasica*, contenu dans les grains de kéfir. Quant au koumis, provenant de la fermentation du lait de jument, il renferme de l'alcool et de l'acide carbonique. La galazyme s'obtient en faisant fermenter le lait à l'aide de la levure de grain ; c'est une fermentation artificielle, car ce n'est pas seulement le sucre de lait qui fournit par son dédoublement l'alcool et l'acide carbonique, mais encore une certaine quantité de sucre ordinaire que l'on ajoute au lait soumis à la fermentation. Les proportions les plus avantageuses sont les suivantes : Levure haute de grain, 4 grammes ; sucre, 10 grammes ; le tout dissous dans une petite quantité d'eau que l'on ajoute à un litre de lait. On place le mélange dans des flacons bien bouchés et solidement ficelés, que l'on abandonne dans un endroit frais. Dans ces conditions, on obtient une proportion d'alcool identique à celle que renferme le koumis ou le kéfir, c'est-à-dire 1 pour 100 d'alcool pour le lait récemment fermenté et 2 pour 100 pour le lait que l'on a laissé plus longtemps en fermentation.

Dans la pratique, on obtient avec la galazyme des résultats tout semblables à ceux que fournissent les autres laits fermentés. On détermine parfois l'engraissement des malades ; et, dans la plupart des cas, on arrive à procurer un soulagement notable dans les affections gastriques. Il est cependant un certain nombre de malades qui ne peuvent supporter cette médication. Chez les tuberculeux cachectiques, les effets produits sont variables, suivant que leur estomac tolère plus ou moins bien ce lait fermenté. Enfin, il n'est pas sans intérêt de savoir que la levure de grain est d'un prix très peu élevé ; elle coûte 50 centimes les 125 grammes.

(*Gaz. hebdomadaire.*)

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

La loi sur les syndicats (*Suite et fin*).

A titre d'intérêts économiques qui se rencontrent également dans toutes les professions, on peut citer, outre ceux qui résultent du paiement des salaires, la création des caisses de secours mutuels et de pensions que prévoit précisément un des paragraphes de l'article 6 de notre loi.

La Cour de Cassation, au contraire de la Cour de Caen, dont elle a cependant consacré la doctrine, se rend si bien compte de la très grande compréhension du mot « intérêt économique », qu'elle essaie de donner aux mots de l'art. 3 une interprétation nouvelle. L'art. 3 ne s'appliquerait qu'à une catégorie d'intérêts économiques, à ceux qui se rattachent à des intérêts industriels, commerciaux et agricoles. Qui ne voit l'arbitraire d'une pareille in-

terprétation ? Les trois qualificatifs : *industriels, commerciaux, agricoles* seraient eux-mêmes les qualificatifs du qualificatif *économique*, et pas seulement du mot *intérêts*. Outre qu'il y a une virgule après le mot *économique*, qui fait partie de l'énumération au même titre que les adjectifs qui le suivent, la phrase de l'article 3 ainsi torturée serait d'un français douteux ! Rien de plus naturel et de plus correct au contraire que cette phrase autrement entendue.

La loi a dit entre qui pourront être formées les associations syndicales (art. 1 et 2). — Elle a dit à quels intérêts devront se limiter ces associations (art. 3) ; nous venons de le voir. — Elle dit les formalités nécessaires à la formation des syndicats (art. 4). — Elle autorise les unions de syndicats (art. 5). — Est-ce donc à ce moment du chemin parcouru qu'elle va se raviser, trouver enfin une restriction nouvelle et la jeter négligemment au milieu des règles relatives au fonctionnement des syndicats ?

C'est pourtant là ce qu'elle aurait fait dans son article 6, d'après l'arrêt de la Cour de Cassation. En tête des règles relatives au fonctionnement des syndicats, dans cet article, le législateur reconnaît aux syndicats de patrons ou d'ouvriers la personnalité civile : « Les syndicats de patrons ou d'ouvriers auront le droit d'ester en justice. » Dans l'opinion que nous combattons, il a été donné deux explications différentes de ce texte. Le tribunal de Domfront avait dit qu'en admettant même que les médecins puissent se syndiquer, ils ne pourraient avoir la personnalité civile et ester en justice, la personnalité civile étant réservée à une catégorie de syndicats : « celle des patrons ou ouvriers. » Mais il nous semble qu'une restriction de cette importance ne pourrait résulter que d'une formule restrictive, telle que « pourront seulement.... les seuls syndicats.... il n'y aura que.... » Loin d'être limitative, la formule employée est explétive : elle a pour but de redire que la loi n'est pas spéciale aux ouvriers, qu'elle s'étend aux patrons. Elle emploie la disjonctive *ou* et non la conjonctive *et*, elle doit par conséquent être traduite : « Les syndicats, sans qu'il y ait lieu de distinguer s'ils sont des syndicats de patrons ou d'ouvriers. » Enfin, prétendre que cet article 6 ne donne pas à tous les syndicats la personnalité morale, c'est méconnaître toute la logique de la loi ; car, si par exemple la faculté d'ester en justice, qui est un des attributs de la personnalité morale, n'était pas corrélative du droit de se syndiquer, ce dernier droit n'aurait plus qu'un intérêt purement spéculatif. Qu'est-ce, en effet, qu'un droit, sans la faculté de l'exercer ? le droit de posséder, sans celui de protéger ce que l'on possède ? Aussi, la Cour de Cassation n'a-t-elle point reproduit cette distinction de deux catégories de syndicats. Mais au lieu de mesurer la personnalité civile à la faculté de se syndiquer, elle a mesuré la faculté de se syndiquer à l'interprétation étroite de l'article 6 que nous venons de combattre. Pour éviter un des reproches adressés à l'opinion du tribunal, elle en encourt un autre, c'est de chercher la définition de la loi dans un article qui ne doit pas la contenir.

Du reste, dans un sens large, rien ne s'oppose à ce que l'on puisse appliquer aux médecins la qualification de patrons et même celle d'ouvriers. Nous les voyons dans certaines lois désignés sous le nom d'ouvriers de santé.

Enfin, dans les interprétations de l'article 6, que l'on nous oppose, il semble que la loi de 1884 n'aurait eu qu'un but : grouper et organiser les patrons et les ouvriers en face les uns des autres, et faciliter entre le capital et le travail une lutte qu'on a comparée à ces duels japonais où chacun des antagonistes s'ouvre le ventre en présence de son adversaire.

Donc, à ne considérer que le texte de la loi, il est bien général et s'applique aux médecins comme à toutes les professions libérales. Il est donc tout naturel que les médecins, les journalistes, les artistes, soucieux de garantir les intérêts de leur profession par l'union de ses membres, en lisant la loi du 22 mars 1884, aient songé à en profiter. Voilà pourquoi nous avons tenu, comme ils l'ont dû faire, à examiner avant tout le texte de la loi.

IV. — Si nous passons aux travaux préparatoires, on va nous dire qu'ils n'ont pas expressément prévu et désigné la médecine et les carrières libérales.

Mais d'abord, en l'admettant, qu'est-ce que cela prouverait, puisque le législateur a fait une loi générale ?

Toute exclusion doit être l'objet d'une exception. Si on n'a pas pensé aux médecins, on ne les a pas exclus, et l'oubli qu'on a fait d'eux ne saurait leur être opposé. La Cour de cassation ne peut légitimement faire un grief aux médecins de ce que *leur nom n'aurait pas été prononcé dans la discussion*.

Mais, bien mieux, ces travaux préparatoires qu'on veut invoquer en faveur d'une interprétation restrictive de la loi du 22 mars 1884, sont au contraire et de plus en plus à chaque étape nouvelle de son élaboration, la condamnation de cette interprétation. Certes, ce qui a donné naissance à la loi, ce sont d'abord les syndicats d'ouvriers industriels, syndicats de fait qu'on a voulu légaliser. Mais, tout de suite, on a donné au projet le titre large de loi sur les « syndicats professionnels » sous lequel elle a traversé toutes les discussions. Le législateur s'est toujours inspiré de cette pensée que la loi fût une loi de liberté applicable à tous ceux à qui elle pourrait être profitable. Aussi apparaît-il toujours préoccupé d'agrandir le cercle de cette loi, faisant cadrer toutes les prévisions de ses articles avec la très large compréhension de son titre. Toutes les fois qu'une question se pose relativement à une profession, toujours elle est résolue, et sans discussion, en faveur de l'applicabilité de la loi à cette profession. Cette idée a été formulée à la tribune du Sénat par le rapporteur, M. Tolain : « On a cru tout d'abord que cette loi, parce qu'elle s'était servie des mots syndicats professionnels, voulait en restreindre l'application aux seuls ouvriers industriels. Jamais la commission n'a eu une telle pensée ; elle espère bien, au contraire, que la loi qui vous est soumise est une loi très large, *dont se serviront un grand nombre de personnes auxquelles tout d'abord on n'avait pas*

pensé, les gens de bureau par exemple... En un mot, *toute personne qui exerce une profession, ainsi qu'il est dit dans la loi*, aura le droit de se servir de la nouvelle législation que vous allez voter. »

Est-ce clair ? Est-ce net ?
Et en contradiction directe avec les motifs donnés par la Cour de cassation ?

Alors même que l'on trouverait dans certains termes de la loi, quelques traces de la préoccupation un peu exclusive qui l'a inspirée au début, faudrait-il en tirer argument pour en restreindre la portée ? Que l'on cherche un exemple, un seul, à propos d'une loi dont la discussion s'est prolongée pendant le cours de plusieurs séances, d'une profession qui ait été signalée comme pouvant être exclue du bénéfice de la loi. On n'en trouvera pas.

Pendant la discussion, la loi a pris une portée nouvelle, qui ne laisse aucun doute sur la largeur avec laquelle il faut l'entendre. Elle est devenue comme un chapitre de la grande loi en préparation sur les associations en général. La liberté d'association était délicate à réglementer ; on prévoyait les interminables discussions que soulevaient les questions brûlantes, celles surtout des congrégations religieuses. Et on a pensé à proroger l'échéance, à donner une première satisfaction à ceux qui réclamaient la liberté d'association, en votant la loi sur les associations professionnelles qui n'avaient point d'intérêts politiques et religieux à débattre. La loi sur les syndicats n'a d'autres limites que ce qui a été réservé à la loi sur les associations, c'est-à-dire qu'elle embrasse tous les intérêts professionnels, s'étend également à toutes les professions, et les place toutes sous le régime de la liberté d'association.

Ainsi, particulièrement en ce qui concerne l'article 3, se trouve confirmée l'interprétation que nous avons donnée de son texte. Les travaux préparatoires prouvent jusqu'à l'évidence que cet article a eu uniquement pour but de proscrire les discussions et les entreprises politiques ou religieuses.

La rédaction primitive du projet portait : « Les syndicats professionnels ont exclusivement pour objet l'étude et la défense des *intérêts professionnels*, économiques, industriels et commerciaux communs à tous leurs membres. » Si l'on a fait disparaître de cette rédaction les mots « professionnels *et communs à tous leurs membres* », c'est toujours dans un but de liberté et pour permettre aux syndicats de s'occuper, non pas seulement des intérêts propres à leur profession, mais de certains intérêts propres à toutes les professions. Le rapporteur, M. Marcel Barthe, l'a dit formellement : « Indépendamment des questions spéciales à un groupe corporatif, certaines questions, telles que celles *des patentes, des livrets de l'apprentissage, des heures de travail* » et beaucoup d'autres sont générales en ce qu'elles intéressent à la fois tous les syndicats et chacun d'eux en particulier. Il faut que le champ de la discussion puisse s'étendre à ces questions générales. »

On ne peut donc invoquer, pour restreindre la portée d'une loi, une modification de texte qui n'a eu pour objet que de l'étendre. Du reste, il suffit de lire toutes les discussions auxquelles la loi a donné lieu, pour voir se manifester, à chaque pas, le désir du législateur de lui donner la plus large extension, et de ne lui prescrire, pour frontières, que les intérêts politiques ou religieux. (V. Rapport de M. Allain Targé, 15 mars 1881, journ. off. 1881 ; séance du 23 mai 1881, journ. off. 1881, Chambre, débats parlementaires, p. 912 ; Sénat, séance du 11 juillet 1882, journ. off. Sénat, débats parlement., p. 775 ; rapport supplémentaire de M. Marcel Barthe, 20 juillet 1882, journ. off. Sénat, débats parlement., p. 475 ; séance du 21 février 1884, journ. off. 1884.)

Enfin, il faut citer la circulaire ministérielle du 25 août 1884, qui est d'une autorité particulière en ce que le gouvernement dont elle émane a présenté la loi et l'a constamment soutenue devant les deux Chambres : « Désormais, la fécondation des associations professionnelles n'a plus de limites... le laconisme de la loi est tout à fait à l'avantage de la liberté.... La loi est faite pour tous les individus exerçant un métier ou une profession.... la personnalité civile est pour les syndicats de droit commun et leur est acquise en l'absence de toute déclaration. »

V. — Allons-nous maintenant suivre ceux qui discutent le mérite, l'opportunité des syndicats médicaux ? Mais cela ne regarde pas l'interprète.

La médecine est-elle une profession ? Oui. Littré la cite précisément à titre d'exemple. Les médecins ont-ils une organisation corporative autorisée qui, sans le bénéfice de la loi du 22 mars 1884, échapperait à l'article 291 du code pénal ? Non. Ont-ils des intérêts communs économiques ? Oui. Car il n'y a pas de professions sans intérêts économiques. Ils peuvent même avoir des intérêts industriels ou commerciaux pour la propagation de leurs découvertes, de leurs appareils et médicaments. Ajoutons que les caisses de pensions et de secours mutuels, prévues par l'article 6 de la loi, offrent une utilité toute particulière pour ceux qui sont toujours sur le champ de bataille de la maladie, et qui tombent si souvent victimes de leur dévouement.

N'y-a-t-il pas là tous les droits nécessaires à invoquer le bénéfice de la loi du 22 mars 1884 ?

On peut, sur cette loi, avoir bien des opinions différentes. C'est une loi de liberté et une loi de force par l'union qui nous permettra de lutter avec la concurrence étrangère, disent les uns. L'association est le contraire de la liberté, c'est son aliénation, disent les autres. C'est un recul en arrière vers les errements d'un autre âge, dont on pouvait croire que la Révolution nous avait à tout jamais délivrés. Nous n'avons pas à prendre parti. Il est peut-être plus facile de défendre la loyale application de la loi que les principes qui l'ont dictée.

Mais, très certainement, s'il est des professions pour lesquelles cette loi doive subir les moindres critiques, ce sont les professions libérales. Appliquée à celles-ci, elle ne peut guère devenir une force d'accaparement, d'oppression ou de grève. Elle peut

même devenir la source d'organisations profitables à la dignité de ces professions.

Nous pensons donc que, malgré l'arrêt de la Chambre criminelle, on peut encore essayer de faire triompher la doctrine qu'elle a condamnée.

GUILLAUME CHASTENET,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour de Paris.

La CIRCULAIRE suivante a été adressée le 12 juin à MM. les trésoriers des syndicats de l'Union dont la cotisation annuelle n'avait pas encore été versée :

Saint-Antoine-sur-l'Isle, le 12 juin 1886.

Très honoré confrère,

Conformément à la décision prise par le bureau de l'Union des Syndicats, dans la séance du 1er mai dernier, j'ai l'honneur de vous rappeler ma précédente circulaire par laquelle je priais les secrétaires des syndicats adhérents aux statuts de l'Union de vouloir me faire parvenir la cotisation de leur société, pour l'exercice 1886, fixée à 9 fr. par membre par l'Assemblée générale du 9 août 1885.

Je profite de la circonstance pour vous prier de m'envoyer les comptes rendus des travaux de votre syndicat, afin de les insérer au *Bulletin*.

Quelques confrères syndiqués s'étant plaints de ne pas recevoir le *Bulletin*, je vous serais reconnaissant de me faire connaître la liste exacte des membres de votre syndicat ; l'adresse de chacun, la composition actuelle du bureau, ainsi que les changements qui pourraient survenir. Nous pourrons ainsi assurer la régularité parfaite du service.

J'espère que vous voudrez bien me faire parvenir très prochainement ces divers renseignements avec la cotisation de votre syndicat. Dans le cas où je n'aurais pas reçu de réponse avant la fin du mois, vous voudriez me permettre de considérer ce silence comme une autorisation de faire toucher, par la poste, à votre domicile, une *somme double* de celle que vous avez donnée l'année dernière, *la cotisation se trouvant doublée*, aux termes de la délibération rappelée plus haut.

Veuillez agréer, cher confrère, l'assurance de mes sentiments dévoués,

Le Secrétaire-Trésorier de l'Union des Syndicats.
Dr Ad. BARAT-DULAURIER.

Un petit nombre de trésoriers de syndicats n'ont pas encore répondu à la circulaire ci-dessus. Nous les prions instamment de vouloir bien nous adresser au plus tôt leur cotisation, avec les renseignements demandés, ou de réserver bon accueil au bon qui leur serait présenté par la poste. Néanmoins, comme il a pu se produire des variations dans la composition des syndicats depuis le dernier versement, l'envoi fait directement par chaque trésorier au secrétaire-trésorier de l'Union serait assurément préférable.

Le Secrétaire-Trésorier de l'Union,
Dr Ad. BARAT-DULAURIER.

NOUVELLES

A la suite de concours récents, ont été nommés :
Médecins des hôpitaux de Paris. — M. Edgard Hirtz et M. Ern. Gaucher.
Chefs de clinique médicale :
A la Pitié. Titulaire : M. Bourey ; adjoint : M. Dufloeq ;
A Necker. Titulaire : M. Sapelier ; adjoint : M. Œttinger.
Chefs de clinique des maladies des enfants. Titulaire : M. Queyrat ; adjoint : M. le Gendre.
Chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques. Titulaire : M. Morel-Lavallée ; adjoint : M. Feulard.

— Mardi s'est réunie au ministère de la guerre une commission chargée d'examiner les mesures à prendre à l'égard du lazaret des îles de Port-Cros et Bagau.

Le service spécial établi dans ces îles à l'occasion du rapatriement des troupes du Tonkin devant, en principe, être supprimé le 31 juillet courant, la commission avait à examiner s'il n'y aurait pas lieu de conserver une partie des installations, afin de maintenir un service provisoire pour la surveillance des paquebots venant de l'Extrême-Orient.

La commission, composée de délégués des ministères de la guerre, de la marine et du commerce, s'est prononcée pour l'affirmative, après une longue discussion, motivée surtout par la question budgétaire. La répartition des dépenses entre les trois départements intéressés a été réservée, et il a été admis que le lazaret des îles devait, après réduction du personnel, être tenu provisoirement en l'état actuel, au moins jusqu'à complète disparition de l'épidémie en Italie.

Il n'est pas douteux que les ministres représentés à la commission n'en adoptent les conclusions. En conséquence, le lazaret de Port-Cros ne serait pas supprimé avant la fin de l'année. Suivant toute apparence, on se décidera à conserver indéfiniment les installations qui y ont été faites et que l'insuffisance notoire du lazaret de Toulon rend, en tout temps, indispensables.

— Les candidats du concours des chirurgiens des hôpitaux de Paris reconnus admissibles, sont : MM. Barette, Bazy, Jarjavay, Marchand, Michaux, Petit-Vendol, Poirier et Ramenède.

Sujet de la composition écrite : Gaînes tendineuses des poignets ; synovite fongueuse des gaînes tendineuses.

— M. le docteur Paul Garnier, médecin-adjoint de l'infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de police, vient d'être nommé médecin en chef de cette infirmerie.

— Le conseil d'hygiène de l'arrondissement de Provins vient d'être convoqué extraordinairement pour recevoir communication d'un décès cholériforme qui s'est produit dans cette ville ; la victime, un sieur Trouson, jardinier, est mort sans que les médecins aient pu observer des symptômes suffisants pour conclure à l'atteinte d'une affection cholérique. Depuis, un menuisier, M. Chevrel, avait succombé en quarante-huit heures, à une maladie présentant tous les caractères du choléra, et une autre personne de la ville était atteinte de la même affection.

Sur cette communication, faite par les Docteurs Darolles, Gelé et Montillot, le Conseil a émis l'avis que l'administration devait prendre les mesures de précaution les plus rigoureuses. Il estime néanmoins que les cas constatés n'ont aucun caractère d'épidémie et demeureront isolés.

NÉCROLOGIE

Dr LHOMME, de Beaumesnil (Eure), Membre du *Concours Médical*.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

Huitième année — N° 31 — 31 Juillet 1886.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Le ministre vient de décider la mise à la retraite de plusieurs professeurs de la Faculté de Paris ayant dépassé 70 ans. Ce sont MM. Gavarret, Hardy et Sappey. Cette mesure est la conséquence d'une décision du Conseil supérieur de l'Instruction publique, dont nous avons entretenu l'an dernier nos lecteurs. Il est incontestable que notre enseignement public ne peut se maintenir à un niveau suffisamment élevé que si les titulaires des chaires de Faculté se renouvellent assez souvent. De bons esprits même, parmi les professeurs actuels, pensent que, lorsqu'un professeur a occupé 15 ans la même chaire, ne fût-il pas encore trop âgé, il n'y rend plus de services.

Le café a-t-il les inconvénients que certains médecins prétendent ? La question a été bien des fois discutée, sans être résolue. Récemment encore, à la Société de biologie, on a dit que le café produit l'anaphrodisie, et la discussion suivante s'est engagée :

Café et anaphrodisie.

M. Dupuy. — A la suite d'une communication faite dans une précédente séance par M. Brown-Séquard, j'ai administré le café à hautes doses (3 à 4 tasses par jour) à plusieurs personnes et toutes ont remarqué que pendant la durée de cette expérience et quelques jours après, leur pouvoir génésique était affaibli.

M. Laborde. — J'ai observé deux sujets chez lesquels l'abus du café avait été porté à son maximum : le premier était un homme de lettres qui était obligé de travailler la nuit et prenait pour se maintenir éveillé un grand nombre de tasses de café turc ; au bout d'un certain temps de ce régime, il fut pris de tremblements nerveux, mais ni ses désirs ni sa puissance génésique n'ont été un seul instant amoindris. Même remarque a été faite chez le second sujet que j'ai observé. On ne saurait rien conclure de ces faits ; le problème est, en effet, très complexe ; comme pour le tabac, il faut tenir compte du tempérament de l'individu, de l'espèce du café, de la manière dont il est fait, etc.

M. Pouchet. — J'ai connu autrefois un étudiant pauvre dont la seule distraction était d'aller prendre, une ou deux fois la semaine avant de se coucher, deux tasses d'un excellent café ; ce petit écart de régime était infailliblement suivi d'un état d'ivresse comparable à celui que procure le haschisch. Une dizaine d'années plus tard, l'ingestion du café provoqua, chez cette même personne, des étourdissements assez fréquents qui disparurent par la cessation de cette boisson. Plus tard, l'usage habituel du café fut suivi, toujours chez la même personne, d'un gonflement très remarquable des veines des mains. Le thé ayant été substitué au café, ce furent les veines des jambes qui gonflèrent. Tous ces accidents disparurent en cessant l'usage de ces deux boissons. Au point de vue génésique, il m'a semblé que le café était plutôt antiaphrodisiaque.

M. Gellé. — Je connais un confrère qui ne peut pas prendre une tasse de café sans devenir triste et mélancolique. Pour ce qui me concerne, je suis invinciblement poussé au sommeil quand j'ai pris une tasse de thé.

La perlèche.

M. le Dr J. Lemaistre, professeur à l'école de Limoges, a signalé à l'attention de ses confrères une

maladie parasitaire nouvelle qu'il a découverte chez les enfants des campagnes du Limousin. La perlèche, tel est le nom sous lequel les paysans la désignent, à cause de la sensation de cuisson, qui porte les enfants à se pourlécher les lèvres, se nomme encore *bridou*, parce que les commissures labiales sont comme bridées. Au début, l'épithélium, au niveau des deux commissures, blanchit, se macère et desquame. Ultérieurement peuvent se faire de petites fissures linéaires rayonnantes, un peu douloureuses et saignantes, lorsque l'enfant ouvre largement la bouche. Il existe alors une certaine ressemblance entre la perlèche et certaines rhagades commissurales syphilitiques. La maladie, qui dure en général de 15 jours à 1 mois, peut durer plusieurs mois par réinoculation ou récidives. Aucun trouble général de la santé n'en découle, et c'est surtout par son étiologie que cette petite dermatose inédite est intéressante.

M. Lemaistre a démontré que la perlèche est contagieuse et se développe lorsque les enfants ont bu dans des vases malpropres, seaux de bois, de zinc ou cruches de grès, dont se servent à tour de rôle, et sans prendre aucune précaution, les écoliers de la province pour se rafraîchir. Dans les débris épithéliaux des commissures labiales des enfants qui ont la perlèche, M. Lemaistre a trouvé un microbe qu'il convient de placer dans la classe des schizomycètes et dans le groupe des sphéro-bactéries, bactéries globulaires ou cocci. Ce microbe se développe dans les bouillons de culture avec une très grande rapidité, et y forme d'innombrables chaînettes enchevêtrées, d'où le nom de streptococcus plicatilis, dont l'a baptisé M. Lemaistre, qui a retrouvé dans certaines eaux potables, puisées dans un quartier de Limoges où la perlèche est fréquente, les mêmes microorganismes. Dans les écoles primaires de cette ville un enfant sur 17 est atteint de perlèche, surtout dans la saison chaude.

Pour amener rapidement la guérison, il suffit de faire des attouchements sur les commissures buccales avec le sulfate de cuivre ou l'alun. L'acide borique ne réussit pas. D'ailleurs la maladie guérit le plus souvent toute seule et par les soins de propreté. Ce qui n'empêche pas que sa prophylaxie ne doive préoccuper légitimement les médecins inspecteurs des écoles, qui ont le devoir de s'opposer à la promiscuité des vases à boire, agents propagateurs de la perlèche.

Gratuité des fonctions de médecin d'hôpital.

On lisait, le 6 juin dernier, dans le *Journal de médecine de Bordeaux*, la lettre suivante adressée à ce journal par un chirurgien honoraire des hôpitaux de cette ville :

Au moment où, à la Chambre des Députés, il est question d'indemnités à attribuer à des... fonctions plus ou moins... méritantes, on se demande, dans le Corps médical, si le temps n'est pas venu pour la Commission administrative des hospices de rétablir l'indemnité des médecins et chirurgiens chefs de service.

Cela est d'autant plus urgent qu'il y a près de quinze ans (1871) que la suppression de cette indemnité a eu lieu, « que cette mesure était commandée « par des nécessités financières et, dans la pen« sée de la Commission, elle ne doit avoir d'effet « que jusqu'au moment où sa situation sera amé« liorée.» (Lettre de la Commission administrative au Président de la Réunion médico-chirurgicale, 15 novembre 1871, n° 807.)

Il doit paraître digne et équitable à la Commission administrative de mettre un terme à ce sacrifice qu'elle a été obligée de demander aux médecins et chirurgiens, mais qui ne devait être que temporaire ; elle reconnaît elle-même que cette allocation «*n'est qu'un faible dédommagement des frais de déplacement* ». (1871, Lettre au même, n° 636.) La Commission administrative des hospices représente la municipalité, le public ; or, « le public ne comprendrait pas que des « hommes qu'il est habitué à trouver sur la brèche au « moment du danger (épidémies, choléra, variole), « soient lésés dans leurs droits les mieux acquis.» Rapport de la Commission de la Réunion médico-chirurgicale.) De toute justice, cette indemnité s'impose partout et toujours, mais surtout dans un Etat démocratique.

L'Association générale des médecins et les Syndicats médicaux de la Gironde n'ont pas de cause plus juste à soutenir.

Il faut penser que, si la Commission administrative n'a pas déjà rétabli pour ceux qui soignent ses pauvres *ce signe de la reconnaissance publique*, c'est qu'elle en a été empêchée par des circonstances indépendantes de sa volonté ; mais qu'à ce sujet, comme toujours, elle saura prendre une généreuse initiative.

D^r X.

La réclamation de notre confrère nous a paru des plus légitimes.

Dans les grandes villes comme Paris et Lyon, même dans des villes de moindre importance comme Saint-Etienne, les médecins et chirurgiens des hôpitaux ont des indemnités, modestes sans doute, variant entre 1,200 et 2,000 francs. C'est peu assurément en comparaison de la somme de temps que le service de l'hôpital prend au médecin, mais c'est du moins une indemnité pour frais de déplacement.

On a souvent agité la question de la gratuité des fonctions hospitalières. Il y a lieu, pensons-nous, d'établir certaines distinctions.

Les fonctions qui, données à la faveur dans une ville peu importante, n'ont coûté au titulaire aucune peine pour les conquérir, ne lui occasionnent pas beaucoup de dérangement pour les remplir, et lui confèrent un avantage sur ses confrères de la même ville en inspirant plus de confiance à sa clientèle, peuvent être gratuites, sans qu'il y ait lieu de protester, bien qu'il soit plus en conformité avec la société moderne de rétribuer toutes les fonctions publiques.

Mais dans les grandes villes, où les fonctions de médecin et de chirurgien ne peuvent être acquises que par des concours vivement disputés, après une préparation de plusieurs années, pendant lesquelles les candidats ont dû négliger leur clientèle, il est absolument indispensable, cela est hors de doute, que les médecins et chirurgiens reçoivent au moins une indemnité qui leur permette de payer la voiture qui les conduit à l'hôpital.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement de certaines fractures juxta-articulaires (1).

Il y a une notable différence, dans le mode de vitalité de la diaphyse et des extrémités des os longs. Les affections de ces diverses parties ont une physionomie souvent différente, leurs fractures en particulier revêtent des caractères tout à fait spéciaux, qui influencent le mode de traitement qu'on doit leur appliquer. Le Dr Lucas-Championnière a bien fait ressortir ce point délicat de la pratique dans une récente communication à la Société de Chirurgie.

Quand on a à traiter une fracture portant sur une diaphyse, on a à lutter contre le raccourcissement du membre et le déplacement transversal des fragments et on use de moyens qui l'immobilisent rigoureusement ou l'empêchent de perdre sa longueur, je veux parler de l'extension continue remise en honneur dans ces dernières années. Mais quand la fracture intéresse une extrémité articulaire, comme l'extrémité inférieure du radius, la malléole externe, il faut songer qu'on est tout près d'une jointure importante et que la fracture amènera du côté de l'articulation un retentissement quelconque.

Pendant longtemps on a soumis ces fractures périarticulaires à une immobilisation aussi rigoureuse que les autres ; et depuis longtemps aussi on a observé, surtout chez les adultes et les vieillards, un enraidissement articulaire s'accompagnant souvent de douleurs plus ou moins vives et d'une impuissance plus ou moins marquée du membre. Pour obvier à ces inconvénients, quelques chirurgiens ont proposé de mobiliser d'une façon précoce ces fractures périarticulaires : M. Championnière est allé plus loin ; il a remarqué que, dans plusieurs cas, des fractures avaient été méconnues par les médecins et que les os fracturés n'avaient pas été immobilisés et s'étaient parfaitement réparés, le tout sans raideurs articulaires consécutives. Il a ensuite adopté un mode de traitement ainsi conduit. Toutes les fois qu'un déplacement excessif et nécessitant un redressement important n'existe pas, il ne fait aucune manœuvre de réduction ; s'il y a déplacement notable, il réduit, mais ne maintient la contention que quelques jours. Déjà il a traité plusieurs cas de fracture du radius avec le plus grand succès par cette méthode.

Les fractures de l'olécrâne peuvent être soignées de la même façon, la mobilisation précoce n'empêche point, au contraire, la formation d'un cal fibreux résistant et tenace. Une première règle très importante est proposée et suivie par M. Championnière ; il ne faut mettre d'appareil que s'il existe une difformité importante, possible à réduire, et encore il ne faut immobiliser que bien peu.

Mais il a été plus loin : cherchant ce que pouvait avoir de bon la pratique des empiriques et des masseurs dans le traitement des traumatismes articulaires ou périarticulaires, M. Championnière a montré que les mouvements imprimés aux jointures, que le massage régulier des abords du foyer de fracture produisent d'utiles résultats en calmant les douleurs, et en faisant disparaître plus tôt le gonflement et les épanchements sanguins ou séreux formés dans les tissus. Pour les fractures de certaines jointures, comme celles de l'olécrâne, de l'extrémité supérieure de l'humérus, d'un condyle, il procède par la méthode des mouvements communiqués dans les premiers temps et ne pratique le massage immédiat que quinze jours ou trois semaines après l'accident.

Pour les fractures du radius et du péroné, on a tout avantage à pratiquer le massage dès le début.

Pour les fractures du radius, on enveloppe le membre pendant deux ou trois jours avec une bonne couche d'ouate et une bande roulée peu serrée. Le quatrième jour on pratique, très doucement, une première séance de massage, puis les jours suivants on recommence jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de douleurs. Au bout d'une dizaine de jours, on laisse la main découverte et le malade peut exercer quelques légers mouvements lui-même ; au bout de quinze jours, habituellement, il peut se servir de son membre pour beaucoup de petits usages, mais il ne faut pas encore lui permettre d'efforts violents. Tout le fond du traitement se compose donc de huit ou dix séances de massage et de mouvements doucement et méthodiquement provoqués.

Dans les fractures de la pointe du péroné, ou les fractures sans déplacement de la base de la malléole, la méthode est analogue. On peut commencer le massage dès le lendemain de l'accident, mais on évite de masser au niveau même de la fracture ; la douleur disparaît très vite et, après quelques séances de massage, au bout de six, huit ou dix jours, suivant les cas, on peut appliquer un appareil silicaté très léger et permettre au malade de marcher.

(1) Soc. de Chirurgie, 30 juin et 7 juillet.

Traitement de la rétroversion par l'hystérectomie vaginale (1).

Depuis deux ans l'ablation de l'utérus par la voie vaginale a fait des progrès incontestables et est entrée dans la pratique chirurgicale courante. M. le professeur Demons (de Bordeaux) fut un des premiers, on le sait, à reprendre cette opération que Récamier avait inventée et appliquée au traitement du cancer de l'utérus. Depuis lors, on a élargi le cadre des indications de l'hystérectomie vaginale, on a rendu son manuel opératoire beaucoup plus simple. Récemment nous l'avons vu appliquer à l'extirpation d'un utérus farci de petits fibrômes, à un cas de prolapsus total avec inversion utérine. Il y a quelques jours M. Richelot a communiqué à l'Académie une opération d'hystérectomie vaginale qu'il avait pratiquée avec succès dans un cas de rétroversion utérine. La rétroversion n'est pas toujours, il faut bien le dire, une affection qui nécessite une

(1) Académie de Médecine, 13 juillet 1886.

opération de cette gravité ; souvent un pessaire approprié, un traitement palliatif bien combiné la rendent supportable. Mais il n'en est pas toujours ainsi. Surtout, quand la rétroversion se complique de rétroflexion, il survient une métrite assez intense qui prend les caractères d'une affection chronique et qui se complique d'hémorrhagies abondantes, de douleurs très vives revenant par crises. Souvent aussi se montrent des phénomènes de compression du côté du rectum, et dans un cas bien connu, Kœberlé intervint pour obvier à une obstruction intestinale due à ce mécanisme. Ajoutons encore que tous ces accidents s'accompagnent d'un degré plus ou moins accentué de pelvi-péritonite et que l'utérus ne tarde pas à être fixé dans sa position par des adhérences qui rendent inefficaces toutes les manœuvres ou les appareils de redressement. C'est dans un cas de ce genre que M. Richelot s'est décidé à intervenir, bien convaincu que les douleurs et les hémorrhagies qui avaient mis sa malade dans cet état épouvantable et avaient compromis même son existence, ne cesseraient que par ce procédé radical. D'ailleurs, toutes les tentatives de redressement mécanique ou manuel avaient échoué complètement.

L'opération fut pratiquée suivant les règles ordinaires, que nous avons exposées il y a deux ans ; mais là, M. Richelot s'est servi d'un moyen d'hémostase qu'il a contribué puissamment à vulgariser ; toute la difficulté résidait, il y a quelque temps, dans la ligature des ligaments larges et plusieurs malades ont succombé à l'hémorrhagie causée par le relâchement des fils placés sur ces organes. Aussi M. Richelot conseilla-t-il, l'année dernière, à la Société de Chirurgie l'emploi de longues et fortes pinces, destinées à comprimer chacun des ligaments larges avant de les sectionner, et après avoir pratiqué les incisions préliminaires antérieures et postérieures. Une fois l'utérus enlevé, ces pinces sont laissées en place pendant deux, trois jours même, et, quand on les enlève, l'hémostase est parfaitement assurée.

Les suites de l'opération pratiquée par M. Richelot furent des plus simples. La malade est absolument guérie et n'a plus vu reparaître aucun accident.

Traitement du rein flottant par la néphrectomie (1).

Le rein flottant est encore une de ces affections qui, dans quelques cas, sont appelées à tirer de grands bénéfices de la Chirurgie opératoire. Le rein mobile est une affection assez rare, et plus rarement encore il est indiqué de l'extirper. Beaucoup d'individus, atteints de cette affection, n'en souffrent nullement ; d'autres sont absolument soulagés par l'application d'une ceinture appropriée ; ceci arrive surtout pour ceux qui peuvent mener une vie sédentaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; le rein flottant peut devenir *douloureux*. Ces douleurs tantôt continues, tantôt revêtant le caractère de crises névralgiques atroces, se produisent sous l'influence de la compression, quelquefois de la plus légère, ce qui rend l'application du bandage inutile et même impossible. Le déplacement du rein, quand le sujet passe du repos à la station verticale, est encore une cause de l'apparition des accès douloureux ; la marche, les efforts produisent les mêmes résultats. Dans quelques cas même, les douleurs deviennent tellement excessives que le patient ne peut trouver de soulagement que dans le repos absolu dans le décubitus dorsal.

Il faut encore ajouter d'autres complications du rein flottant, il peut devenir kystique et gêner notablement par son volume ; quelquefois aussi, on a vu son pédicule subir un mouvement de torsion entraînant des accidents graves soit du côté du rein lui-même, qui était menacé de nécrose, soit du côté de l'intestin qui pouvait être obstrué par le pédicule. Toutes ces complications montrent que l'on peut être appelé à intervenir ou bien pour des phénomènes douloureux, assez graves pour compromettre sérieusement la vie des malades ; ou pour des accidents aigus les menaçant d'une façon encore plus immédiate.

La malade opérée par M. Polaillon est une jeune femme de 30 ans ; et ce n'est qu'après deux ans et demi d'essais et d'observation qu'elle s'est décidée à l'intervention.

Le rein malade était le droit, il était très mobile, si mobile même qu'on le rencontrait indifféremment dans toutes les régions du ventre et même qu'on pouvait le saisir avec les doigts à travers la paroi abdominale. En présence de ces caractères, on pouvait penser à l'existence d'un long pédicule ; et M. Polaillon, suivant la pratique de Martin (de Berlin) en cas semblable, attaqua le rein par la voie abdominale en faisant une laparotomie médiane. Il n'y avait point de pédicule, mais le tissu cellulaire de l'atmosphère rénale était entièrement lâche et permettait la mobilité qui avait causé l'erreur de diagnostic. L'opérateur fit alors glisser le rein en dehors du côlon ascendant dans le flanc droit, puis déchira le péritoine à sa surface et l'énucléa très facilement.

Après une ligature en masse du pédicule, le ventre fut refermé, et quinze jours après, la malade était complètement guérie. Les conclusions que l'on doit tirer de cette très intéressante observation sont des plus instructives.

1° Les reins, même très mobiles, n'ont point toujours de pédicule et ils peuvent se mouvoir en arrière du péritoine dans un tissu cellulaire très lâche sans être entourés par une gaine séreuse formée par la pédiculisation de l'organe.

2° Il n'est pas nécessaire de faire la laparotomie dans ces cas, puisque l'incision lombaire permet d'arriver dans le tissu cellulaire où se promène le rein.

Traitement des grands ulcères de jambe par les pulvérisations phéniquées (1).

On sait combien sont rebelles certains ulcères de

(1) Polaillon. — Acad. de méd., 13 juillet 1886.

(1) Gilles de la Tourette. — In *Revue de Chirurgie*, juillet 1886.

jambe, surtout sur des sujets âgés, débiles, ayant peu de tendance au travail réparateur. Le Dr Gilles de la Tourette publie, dans un court et substantiel mémoire, trois observations de malades de 53, 67 et 82 ans où il a obtenu la guérison d'ulcères invétérés par les pulvérisations d'acide phénique en solution plus ou moins fortes. Voici le résumé des conclusions que l'on peut tirer de la lecture de ces trois faits cliniques : La méthode des pulvérisations phéniquées répétées tous les jours de une heure et demie à deux heures, matin et soir, conduit mieux que toute autre, à la guérison rapide des grands ulcères variqueux.

Les douleurs dont ces ulcères sont souvent le siège disparaissent dès les premiers jours. Jamais il n'est apparu d'érythème phéniqué autour des plaies, et les malades n'ont jamais rendu d'urines noires indiquant une intoxication phénique.

On pourra employer des solutions d'autant plus fortes que la plaie sera plus atonique ; et aller même à des solutions au 1/30 au 1/20 et 1/10. Dans l'intervalle des vaporisations on fera un pansement avec la vaseline boriquée à 1/10.

Dr Barette,
Chef de clinique chirurgicale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 27 Juillet).

L'alcoolisation des vins n'a trouvé que des adversaires dans cette séance.

D'abord M. *Bergeron* rappelle que le vinage, tel qu'on le pratiquait autrefois, c'est-à-dire en mélangeant un vin trop alcoolisé à un autre qui l'était trop peu, a disparu des habitudes du commerce des vins. C'est exclusivement l'addition d'alcool que font les marchands de vins; or, l'alcool trouble l'harmonie des combinaisons nombreuses qui entrent dans la composition du vin. Si M. Gallard a pu donner chaque jour, sans inconvénient, une boisson d'eau alcoolisée, à 40,000 employés de la compagnie d'Orléans, c'est que la quantité d'alcool était tout à fait minime. M. Bergeron répète, à propos du mouillage, un mot qu'il avait dit dans la précédente séance : Mettez de l'eau tant que vous voudrez dans votre vin, mais non pas dans le vin que vous vendez aux autres.

M. Bergeron, qui était rapporteur de la commission, en 1870, lorsque l'Académie s'est prononcée en faveur du vinage, ne partageait pas l'opinion de la majorité, il entrevoyait déjà les dangers de ce procédé; mais l'Académie a bien le droit d'avoir changé d'opinion en quinze ans sur une question qui se présente dans des conditions bien différentes. Depuis les ravages du phylloxéra, au lieu d'alcooliser les vins faibles avec de l'alcool de vin, c'est avec des alcools de grains toxiques qu'on le fait. Théoriquement, si ces alcools étaient suffisamment rectifiés, ils pourraient être inoffensifs ; mais les alcools vraiment rectifiés coûtent trop cher et les marchands emploient en réalité les alcools impurs, dont M. Beaumetz a bien montré la haute toxicité. Or c'est à l'intoxication par ces alcools qu'il faut attribuer la déchéance qu'on observe dans les générations nouvelles. « C'est par horreur pour cette déchéance, termine l'orateur, que je me déclare l'ennemi du vinage, aujourd'hui comme en 1870. Si l'Académie accepte cette manière de voir, elle dégagera, en prévision des calamités de l'avenir, la part de responsabilité qui lui incombe, en tant que gardienne de l'hygiène publique et morale des populations. »

M. Le Fort propose à l'Académie, pour accentuer l'opposition entre l'ivrognerie et l'alcoolisme, d'ajouter cette phrase à sa première conclusion : « L'abus fréquent du vin pur et naturel amène l'ivrognerie ; l'abus de l'alcool, du vin suralcoolisé, ou viné avec des alcools de mauvaise nature, a, de plus, pour conséquence, un empoisonnement chronique qui se traduit par une maladie constitutionnelle, l'alcoolisme, capable de se transmettre héréditairement sous forme de maladies diverses. »

Il propose ensuite de modifier de la manière suivante la conclusion relative au vinage : « Au point de vue exclusif de l'hygiène, le vinage des vins insuffisamment alcooliques dans le but de permettre leur transport et leur conservation, ne saurait être considéré comme nuisible lorsqu'il est fait avec de l'eau-de-vie de vin. Malheureusement on est obligé de reconnaître que le vinage ne se pratique guère aujourd'hui qu'avec les alcools autres que ceux du vin, qu'il devient dès lors une véritable falsification dont le résultat est trop souvent de compromettre la santé publique et de provoquer l'alcoolisme. L'Académie croit qu'il serait prudent de ne tolérer aujourd'hui que le sucrage des moûts par l'adjonction de raisins secs ou de sucre cristallisé. »

M. Lefort n'est pas partisan d'une surtaxe à imposer aux vins qui ont plus de 12 % d'alcool, parce que nombre de crus de la Côte-d'Or et du Roussillon en ont jusqu'à 14 % et que ce serait porter préjudice au commerce français. Mais, pour s'opposer à l'introduction de vins étrangers falsifiés avec de mauvais alcools, il propose de substituer à la conclusion de la commission, relative à la surtaxe, la suivante : « Des laboratoires de vérification institués à la frontière aux points de pénétration assignés aux vins étrangers, repousseront l'admission sur notre territoire des vins suralcoolisés, falsifiés par l'addition d'alcools de mauvaise nature ou colorés artificiellement. »

M. Brouardel déclare qu'il votera les trois premières conclusions de la commission ; il croit notamment à l'efficacité de la surtaxe pour les vins ayant plus de 12 % d'alcool. Pour ne pas nuire aux crus français ayant naturellement plus que ce chiffre, il suffira d'un règlement d'administration publique les exemptant de la surtaxe.

Il demande que la dernière phrase de la quatrième conclusion soit ainsi rédigée : « l'Académie pense que les alcools entrant dans la consommation et les esprits destinés à la fabrication des liqueurs doivent être absolument purs. »

Il accepte sans réserve la cinquième conclusion et termine en ces termes :

« Enfin, je me bornerai à appeler l'attention de

notre éminent rapporteur sur le message du Conseil fédéral à l'assemblée fédérale concernant les pétitions et les postulats relatifs à la question de l'alcoolisme, résumant la grande enquête qui, en Suisse, a eu pour résultat le vote de la loi contre les ravages de cette intoxication. Il y verra dans quelle large mesure sont associées les conditions défectueuses des logements des ouvriers et les habitudes de cabaret. Quand les habitations sont incommodes ou malsaines, l'ouvrier n'y reste que pendant la nuit et souvent il entraîne au cabaret sa femme et ses enfants. Il y a un lien entre ces deux questions, nul ne peut mieux que notre éloquent collègue les mettre en évidence. »

MALADIES DES ENFANTS

Considérations relatives au diagnostic et au traitement des maladies des oreilles.

Les maladies de l'oreille sont trop souvent méconnues ou insuffisamment soignées chez les enfants. Dans une récente séance de la *Société médicale de l'État de New-York;* nous avons lu avec intérêt un échange de vues entre les membres présents qui nous a semblé digne d'être signalé.

M. Ramsdell a insisté sur la fréquence si prédominante des maladies de l'oreille moyenne ; il les a rencontrées dans 90 pour 100 des cas de sa pratique, où celles de l'oreille externe ne figurent que pour 9 pour 100 et celles de l'oreille interne pour 1 %. Les écoulements purulents ont presque toujours pour origine l'oreille moyenne ; trop de médecins ont de la tendance à croire qu'ils sont causés par la gourme du conduit auditif ; si, après un nettoyage minutieux de l'oreille, on pratique l'examen attentif au speculum, on constate le plus souvent la perforation de la membrane et la périostite suppurative de la cavité du tympan.

M. Ramsdell a recours surtout, dans sa pratique, au nettoyage minutieux et aux moyens antiphlogistiques : douches d'eau chaude avec une seringue ; instillations de quelques gouttes d'eau oxygénée suivies d'une application de coton absorbant au moyen d'une sonde ; d'autres fois des applications astringentes (solution de nitrate d'argent ou d'acide tannique) ; habituellement applications de borax ou d'iodoforme pulvérisé.

M. Ramsdell estime qu'il faut aussi apporter grande attention à l'état du nez et du pharynx ; on peut arriver à améliorer ou à restituer l'ouïe perdue ou compromise en soignant topiquement les muqueuses de ces cavités.

Le nettoyage, bien plutôt que l'emploi de tel ou tel médicament, voilà la condition absolue de guérison des suppurations de l'oreille moyenne. Le pus épais et adhérent résiste aux injections et on ne réussit à l'absterger qu'avec un bourdonnet de coton fixé au bout d'une sonde. L'abus des injections a quelquefois l'inconvénient de prolonger la suppuration par suite de la stagnation de l'eau dans la cavité. Après avoir lavé la cavité, il est indispensable de l'assécher en appliquant une mince couche d'une poudre modificatrice, mais non irritante.

Si des végétations polypeuses se sont formées, il est indiqué de les exciser ; les astringents suffisent pour réprimer les granulations.

Par l'emploi de moyens aussi simples, si on se préoccupait de diagnostiquer assez tôt les maux d'oreille chez les enfants, on arriverait à diminuer le nombre des sourds-muets sans lésion congénitale, des enfants dont l'ouïe est imparfaite, et des paralysies faciales, si souvent consécutives à des otites simples négligées. Ce sont surtout les moyens locaux qui guérissent les maux d'oreilles, trop de médecins se contentent de prescrire l'huile de foie de morue et le sirop ioduré pour guérir les otorrhées.

M. Pomeroy signale la fréquence d'une destruction rapide de l'appareil de l'ouïe dans la scarlatine. Il est assez difficile de pouvoir examiner la membrane tympanique chez les tout jeunes enfants ; d'ailleurs, comme leurs plaintes n'attirent pas l'attention du côté de l'oreille plutôt que vers tout autre point du corps, on n'est souvent amené à se préoccuper de l'état de l'appareil auditif que par la constatation d'un écoulement purulent.

Lorsqu'il devient nécessaire d'ouvrir l'apophyse mastoïde, chez les jeunes enfants, le trépan n'est pas nécessaire ; un bistouri bien tranchant suffit.

Le retentissement de l'otite suppurée sur les méninges varie beaucoup suivant les sujets; M. Pomeroy a vu guérir un enfant porteur d'une nécrose du temporal avec une perte de substance si étendue que les méninges étaient à nu.

M. Baruch croit que les otites consécutives à la scarlatine sont ordinairement méconnues parce que les troubles de l'ouïe ne se manifestent que dans la période de desquamation, époque à laquelle le médecin ne fait plus que de rares visites ou même a cessé d'en faire. C'est un bon précepte d'exercer de temps en temps dans la région auriculaire des pressions exploratrices pendant le cours de la scarlatine pour déceler le début d'une otite.

M. Andrews a rappelé que la soudure tardive entre les portions pétreuse et squameuse du temporal constitue un danger pour les jeunes enfants, parce qu'elle favorise la diffusion des maladies de la cavité tympanique aux méninges et au cerveau. L'otite est une cause beaucoup plus fréquente de méningite qu'on ne le croit.

Quant à la trépanation de l'apophyse mastoïde, elle n'a pas sa raison d'être avant la seconde année de la vie, les cellules mastoïdiennes n'étant pas constituées auparavant.

L'orateur est ennemi de l'iodoforme dans les affections aiguës de l'oreille moyenne ; il préfère de beaucoup l'acide borique.

Comme topique pour mitiger les douleurs, M. Garrish emploie la teinture d'opium et l'huile d'amandes douces ; M. L. Johnson met deux à trois gouttes d'une solution de morphine dans trois à quatre grammes de glycérine.

Pour résumer l'expérience de nos confrères amé-

ricains, — les praticiens appelés à soigner des enfants doivent avoir toujours présents à l'esprit les préceptes suivants :

En cas d'état morbide inexpliqué et surtout de symptômes méningitiques, examiner toujours les oreilles.

Au cours de la scarlatine et jusqu'après la desquamation terminée, s'inquiéter de l'intégrité de l'appareil auditif.

Ne jamais négliger l'existence d'un écoulement purulent du conduit auditif, — ne pas se contenter d'y opposer la médication antistrumeuse générale, mais instituer aussitôt, et continuer jusqu'à guérison complète le traitement local, qui consiste surtout en soins minutieux de propreté et d'antisepsie.

L'acide borique, soit en solution, soit en poudre, est le topique le plus digne de confiance. Après les douches, ne pas négliger d'absorber le liquide en excès soit avec des petits bourdonnets de coton ou en insufflant une légère couche de poudre.

P. Le Gendre.
Chef de clinique adjoint à l'hôpital des Enfants.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

De la réclamation en justice des honoraires du médecin.

I. — L'action en justice des médecins pour se faire payer de leurs honoraires, a été reconnue de tout temps par les lois et les coutumes : sa légalité est incontestable ; elle constitue un droit, et cependant le médecin doit en user et, en réalité, en use très rarement. La raison en est toute de sentiment.

Le médecin a été élevé avec l'idée que sa profession est d'ordre supérieur, qu'elle constitue une mission de dévouement et de charité, une sorte de dignité sociale, et, comme on le dit, un véritable sacerdoce. Tous en conviennent, et en sont justement fiers.

Mais précisément, en raison de cette *Dignité* qu'ils doivent sauvegarder et faire reconnaître de tous, ils doivent éviter d'être les victimes d'un faux point d'honneur, d'être *joués* ; et si, presque toujours, leur dignité professionnelle et personnelle leur commande de ne pas porter devant le public et devant les juges les questions d'argent, dans quelques cas cette même dignité professionnelle et personnelle leur impose le devoir d'en agir autrement.

« Le Corps médical, écrivent Briand et Chaudé (*Manuel complet de médecine légale*, t. I, p. 66), tient à honneur de soigner les malades avec dévouement, sans se préoccuper des honoraires : les médecins en appellent rarement à la justice, et alors le plus souvent il s'agit de vaincre *une mauvaise volonté que rien ne justifie.* »

Dans cette situation, le médecin ne doit pas hésiter à faire consacrer son droit par les tribunaux. Ceux-ci ont mission de réprimer l'ingratitude du client qui refuse ; ils ont également pour mission de réprimer la cupidité du médecin qui demande.

Or, la loi n'a pas fixé, et elle ne pouvait le faire, le tarif des visites et des soins dont les médecins peuvent réclamer judiciairement le paiement : la médecine est une profession libérale, et, à ce titre, elle échappe à toute tarification officielle. Quand la médecine s'exerce officiellement, il n'en est pas ainsi : un tarif existe, et tout le monde, médecins, magistrats et autres, protestent depuis de bien longues années contre ces tarifs dérisoires qui datent de l'an XI.

Mis en situation d'apprécier une note d'honoraires présentée par le médecin, discutée par le client, les Tribunaux auront la tendance bien naturelle, bien humaine sans contredit, de trancher le différend par un moyen terme, de couper une jambe à l'un, un bras à l'autre, comme l'on dit vulgairement, d'abaisser la note du médecin, d'élever l'offre du client, et de ne mécontenter ainsi personne d'une façon trop sensible. C'est là, certainement, le côté défectueux de la justice, quand elle se base sur des appréciations, non sur des textes.

Vous ne ferez jamais que des magistrats qui ont un appointement fixe, le plus souvent peu élevé, puissent admettre, même sans s'en rendre compte, qu'un médecin soit en droit strict de réclamer, pour prix d'une opération ou d'une intervention quelconque d'ordre purement passager, une rémunération égale ou supérieure à celles qu'ils reçoivent eux-mêmes pour toute une année de bons et loyaux services.

Il est de règle, en effet, qu'en justice, la note du médecin sera presque toujours, sinon toujours, diminuée. Il est vrai d'ajouter aussitôt que l'offre du client, trop ingrat et trop avare, est presque toujours, sinon toujours, majorée.

Le médecin sait cela, ou du moins, il doit le savoir, et il ne devra pas s'en étonner ni s'en plaindre trop vivement.

Sans doute, il se rendra difficilement compte comment une note d'honoraires qu'il a dressée en toute conscience et en toute droiture, puisse être réduite de moitié, du tiers ou du quart par un Tribunal ; il lui paraîtra peut-être singulier que ce qu'il estimait valoir 7,000 francs, ce que le client n'estimait que la moitié, soit fixé à un chiffre intermédiaire de 5,000 francs par les premiers juges et à 5,500 francs par les juges d'appel.

Mais ce sont là choses de détail : ce sont les conséquences inévitables de la justice humaine. Le médecin les constatera, les acceptera même de bon cœur, pourvu que la décision des juges, si elle est motivée, repose sur des bases consacrées par la jurisprudence antérieure et sur les données complètes de la cause, sans que la préoccupation des personnes et des lieux y tienne une place imméritée.

Que si les juges réforment la demande du médecin et l'offre du client sans considérants d'aucune sorte, en se basant exclusivement sur une appréciation qui leur est personnelle, nous croyons que le médecin, pour si étrange que puisse lui paraître le procédé, devra s'en contenter et accepter cette décision des premiers juges.

Il doit avoir et il a pleine confiance dans la loyale et consciencieuse appréciation des magistrats ; il n'a rien à redire à la fixation d'un chiffre. Pas plus que le médecin ne pense devoir légitimer par des raisons diverses et multiples le chiffre de sa note d'honoraires, le Tribunal ne croit pas devoir légitimer le sien : les deux procédés se valent, et comme le second est venu en conséquence du premier, il doit être admis.

Mais, dans le cas où un jugement motivé s'éloignerait des bases consacrées par la jurisprudence antérieure, où certaines données de la cause seraient, volontairement ou non, laissées dans l'ombre, où des énonciations et conclusions nouvelles seraient posées, qui compromettraient et la dignité du médecin réclamant et la dignité d'exercice de tous les membres de la profession médicale, où un mode nouveau de tarification quasi-officielle, mais extra-légale, tendrait à en découler ou en découlerait certainement en vertu de la puissance des jugements *acquis*, nous croyons qu'il est du devoir du médecin, en tant qu'individu et plus encore en tant que membre de la grande corporation médicale, de protester contre ce jugement, d'en poursuivre la réformation en appel, et même, si l'appel a échoué, d'en saisir la Cour de cassation.

On dira que c'est beaucoup de bruit pour pas grand'chose, beaucoup de frais pour un résultat pécuniaire plus que nul, beaucoup d'ennuis et de tracas qui nuiront à la réputation et à la clientèle du médecin réclamant bien plus qu'ils ne lui serviront ; de tout cela, nous convenons parfaitement. Mais bonne confraternité (quoique nous soyons de ceux qui, par expérience, savent trop que bien souvent la confraternité, tant invoquée et tant vantée, n'est qu'un vain mot) oblige, et bien répréhensible, au point de vue confraternel, serait celui d'entre nous qui n'aurait pas épuisé tous les moyens légaux pour faire réformer un jugement attentatoire à la liberté de la profession médicale !

Ces considérations préliminaires, quoique bien écourtées, nous ont paru indispensables avant de faire connaître à nos confrères de la presse médicale les pièces d'un procès intéressant qui a fini à notre pleine et entière satisfaction et, croyons-nous, au plus grand avantage de la corporation médicale, après avoir eu un début qui paraissait devoir compromettre, et pour le présent et pour l'avenir, la dignité du médecin.

M. le Dr Z..., après avoir envoyé sa note d'honoraires en février 1884, et avoir attendu en vain la visite de son client jusqu'au mois de novembre, actionna celui-ci en justice de paix et, finalement, devant le Tribunal civil de Lille. Voici un extrait des conclusions qu'il fit développer et défendre par son avocat :

« Attendu que dans un accident d'ascenseur, M. X... » a eu 16 fractures simultanées, que Mme X... (morte » au 5e jour) en a eu 5, un des fils 6 et l'autre 3.., que » le docteur Z... a mis au service de cette famille tou- » tes les ressources de son art et le dévouement le » plus absolu, et ce, pendant plusieurs mois..., que les « efforts du docteur ont été couronnés d'un plein suc- » cès..., que contre toute attente M. X... a refusé de » payer les honoraires fixés par le docteur à la somme » de 7,000 fr... ;

» Attendu qu'en pareille matière les Tribunaux pren- » nent en considération, outre la gravité du cas et le » résultat obtenu, le mérite de l'homme de l'art et la » position de fortune de celui qui a profité de ses » soins..., qu'il n'appartient pas au concluant de faire » son propre éloge..., qu'il est de notoriété publique » que M. X... possède une fortune considérable, qu'il » résulte de ce qui précède que la demande du con- » cluant est loin d'être exagérée,

« Par ces motifs, plaise au Tribunal :

» Condamner X..., à payer au concluant la somme » principale de 7,000 fr. et les intérêts judiciaires, le » condamner en outre aux dépens. »

A ces conclusions, M. X... n'opposait que la suivante :

« Attendu que, la somme demandée est notamment » exagérée, qu'une somme de 3,500 fr. paraît large- » ment suffisante... »

Le Tribunal de 1re instance de Lille, appelé à statuer dans ce débat, prononce le jugement suivant qui mérite d'être rapporté, quoiqu'infirmé deux mois plus tard par la Cour d'appel et d'être connu par la profession médicale entière : il constitue, en effet, un document intéressant, utile à classer : il semblait vouloir tendre à la dépréciation du médecin et de la médecine — il a eu et il aura le résultat opposé :

« Attendu que, si l'appréciation des honoraires dus à » un médecin peut, dans certains cas, être difficile, il » n'est cependant pas impossible dans la cause de dé- » terminer quelle est la somme qu'il convient d'al- » louer au docteur.

» Que, s'il importe de tenir compte du nombre assez » (? 28) considérable de fractures et de lésions que le » médecin a dû réduire et soigner, il convient cepen- » dant de remarquer que le traitement ne comportait » aucune opération chirurgicale difficile, mais néces- » sitait seulement des soins particulièrement attentifs, » une grande patience et beaucoup de temps.

» Attendu que le docteur Z... ne saurait prétendre » qu'il a une situation exceptionnelle.

» Qu'il est constant que, s'il a été appelé à donner » des soins à cette famille si douloureusement éprou- » vée, il ne le doit pas à une supériorité quelconque, » mais au hasard qui l'a amené un des premiers sur » les lieux de l'accident et à la reconnaissance (?!) » qu'on lui devait pour les premiers soins qu'il avait » apportés aux blessés.

» Que, sans diminuer son mérite, le docteur Z... ne » saurait, en dehors de toute convention, exiger un » prix supérieur à celui habituellement réclamé par ses » confrères les plus distingués.

» Qu'à la vérité, le traitement, pendant le premier » mois, a nécessité beaucoup de temps, mais qu'il est » juste de considérer qu'il (?) n'a dû, pour effectuer » cette cure, négliger aucun de ses malades.

» Qu'il a, dans une note sommaire, au Tribunal, dé- » claré qu'il a fait 200 visites représentant une durée » de 232 heures.

» Attendu qu'il est de notoriété (?!), et qu'il ne sau- » rait être contesté que le prix demandé par les plus » habiles praticiens de la ville, pour un traitement » d'une certaine durée, est de 20 francs l'heure.

» Qu'en prenant ce chiffre pour base, le Tribunal

» donne ainsi une *légitime* satisfaction aux exigences
» du docteur,

» Qu'il en résulte que la somme de 7,000 fr. est
» exagérée, mais que l'offre de 3,500 est insuffisante,

» Par ces motifs, le Tribunal :

» Déclare les offres de X... courtes et insuffisantes,
» le condamne à payer au docteur la somme de 5,000
» fr. avec intérêts judiciaires, le condamne en outre
» aux dépens. »

Nous en appelons à tous nos confrères médecins et à tous ceux, en général, qui exercent de par le monde une profession dite libérale : ce jugement donnait-il, ainsi qu'il en énonçait la prétention, une légitime satisfaction au docteur, et la profession médicale pouvait-elle s'en déclarer satisfaite ? Chacun n'hésitera pas à répondre non.

Les médecins ont le tort inné de ne pas se contenter, dans l'exercice de leurs fonctions, de satisfactions physiques, qui leur font défaut trop souvent ; il leur faut des satisfactions morales. Ils ont besoin des premières, sans doute, mais ils n'ont pas moins besoin des secondes, quand les premières sont absentes et incomplètes, ce qui est un cas très fréquent.

Or, le jugement ci-dessus, tout en accordant au médecin une rémunération sortable, nous ne disons pas équitable, s'évertue d'un bout à l'autre à diminuer son mérite et ses services, essaie de le déconsidérer, lui fait un reproche d'avoir guéri les malades sans les avoir amputés, reséqués, décapités, lui impute à crime de ne pas avoir fixé d'avance le prix auquel il tarifiait son intervention (procédé que la loi et la morale réprouvent), en un mot, fait le procès du médecin sans une observation à l'adresse du client ingrat ! Et pourtant, c'est à la partie qu'il a essayé de rabaisser que le Tribunal, inconséquent avec ses prémisses, donne finalement gain de cause relatif sans doute. C'est l'autre partie, contre laquelle il n'a pas trouvé un mot à dire dans son long jugement, qu'il condamne !! O sainte logique, qu'es-tu devenue ?

Mais le jugement ci-dessus aurait acquis une bien autre importance au point de vue de l'exercice de la profession médicale s'il n'avait pas été réformé, s'il avait fait partie désormais de la jurisprudence appliquée. Il aurait consacré, en effet, une tarification nouvelle de la chirurgie, la tarification à tant l'heure, tout comme pour les cochers de fiacre ou les femmes de ménage ! Singulière prétention, que nous n'hésitons pas à qualifier d'illogique et d'absurde !

L'heure du médecin a-t-elle la même valeur que celle du chirurgien ? Celle de l'homme supérieur que celle du simple rebouteur ou distributeur de simples ? L'ouvrier misérable paiera-t-il 20 francs l'heure tout comme le millionnaire ? La première heure du traitement ou de l'opération qui nécessite un déploiement considérable d'intelligence, de savoir, d'application, devra-t-elle être équivalente comme prix à la dernière heure du traitement, qui n'est, le plus souvent, qu'une visite d'amitié ? Autant de questions, autant d'absurdités ! Et dire qu'un tribunal de première instance ne l'a pas compris ainsi !

Enfin, le jugement ci-dessus, s'il n'avait pas été infirmé, consacrait une jurisprudence fautive, opposée à la jurisprudence antérieure. Malgré sa longueur, il ne tenait aucun compte de la position, du rang et de la fortune du malade. « Il est essentiel, » dit le *Manuel de Médecine légale*, de Briand et » Chaudé, d'avoir égard à la fortune du malade, le » médecin doit trouver près du riche un faible dé- » dommagement des soins qu'il se plaît à donner » gratuitement aux pauvres. » Tous les jugements antérieurs insistent sur ce point qu'ils considèrent comme le principal élément d'appréciation des honoraires ; son oubli, intentionnel ou non, dans le jugement qui nous occupe, devenait, dès lors, important à signaler et à corriger.

Nous pourrions développer plus au long les raisons d'ordre individuel et d'ordre général, professionnel surtout, qui faisaient une *obligation* à notre confrère de poursuivre devant toutes les juridictions possibles la réformation d'un pareil jugement, attentatoire à la dignité et aux intérêts de la corporation médicale. Bien qu'il n'eût pas à espérer, pour les considérations émises au début de cet écrit, une modification sensible dans le dispositif du jugement, bien qu'il eût renoncé lui-même à solliciter toute augmentation de l'allocation fixée par les premiers juges, il lui importait, il nous importait surtout à nous tous, médecins et chirurgiens, de faire disparaître de la jurisprudence française des considérants peu ou point fondés, incomplets, qui, suivant la parole textuelle du Ministère public devant la Cour d'appel, auraient dû être plus sérieux et plus judiciaires.

Il n'y a pas manqué ; il a obtenu même une augmentation inespérée du chiffre de ses honoraires ; il a obtenu surtout l'annulation des considérants sur le caractère et la portée desquels nous avons déjà suffisamment insisté, et, ce faisant, il a servi la grande cause de la bonne et saine confraternité médicale.

Voici, pour terminer, le jugement prononcé par la Cour d'appel de Douai, dans sa séance du 12 mai 1886, jugement qui, lui, nous donne pleine et entière satisfaction :

Entre Z..., docteur en médecine, appelant d'un jugement du Tribunal civil de Lille du 19 février 1886, d'une part ;

Et X..., ancien notaire, intimé, d'autre part ;

La Cour,

Ouï... etc. ;

Attendu que le 1er juin 1884, X..., sa femme et ses deux fils ont été gravement blessés ; que le docteur Z..., professeur, a donné des soins à X..., jusqu'en janvier 1885, à la dame X..., morte cinq jours après l'accident, et aux deux fils qui ont été complètement guéris au mois d'août ; qu'il a réclamé une somme de 7,000 fr. pour ses honoraires, que X..., a offert 3,500 fr. ;

Attendu que les premiers juges, en fixant à 5,000 fr. les honoraires de Z..., n'ont pas suffisamment tenu compte de la position de X..., de la situation

professionnelle du docteur et des soins intelligents et dévoués auxquels X..., a, du reste, rendu un hommage complet et mérité :

Qu'il y a lieu aussi, en regard du résultat obtenu, si éminemment favorable à X..., de faire état de la durée et des difficultés du traitement qui, s'il ne comportait pas d'opération chirurgicale exceptionnelle, ne comportait pas moins de vingt fractures, en outre de nombreuses lésions ;

Que, dès lors, si la demande peut être excessive eu égard aux honoraires que X... a eu à payer aux autres médecins, il échet cependant d'augmenter le chiffre alloué par le Tribunal ;

Que la Cour, sans qu'elle ait à recourir à la demande d'expertise sollicitée par Z..., a les éléments suffisants pour fixer la rémunération légitime due au docteur pour les soins donnés et le service rendu à X... et à sa famille ;

Par ces motifs, la Cour,

Dit qu'il a été mal jugé, bien appelé,

Met le jugement à néant ;

Émendant et réformant,

Sans s'arrêter aux offres de X..., déclarées insuffisantes à la demande d'expertise de Z...,

Condamne X..., à payer au docteur Z..., la somme de 5,500 fr. avec intérêts judiciaires ;

Condamne X..., aux dépens de première instance et d'appel...

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Mélange pour arrêter la chute des cheveux après la fièvre typhoïde

(Bouchard).

Huile de ricin.............	7	grammes.
Goudron..................	2	—
Teinture de benjoin.......	20	—
Chloroforme.............	30	—
Alcool....................	1000	—

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

Directeur : Dr BARAT-DULAURIER

A propos de la création d'un syndicat des médecins du territoire de Belfort

On nous a communiqué un numéro de la *Gazette médicale de Picardie*, contenant un rapport lu à l'association des médecins de la Somme, par M. le docteur Dhourdin, au nom d'une commission chargée d'étudier le projet de création d'un Ordre des médecins de l'honorable M. Surmay. Le rapporteur conclut en ces termes : « D'après cette étude, votre « commission ne croit pas qu'un Ordre des médecins « soit une institution utile ou désirable ; elle la « considère de plus comme irréalisable. »

Nous ne voulons point discuter cette conclusion, dont quelques-uns des termes nous semblent au moins contestables. Mais nous ne saurions laisser passer sans protestation la phrase suivante que nous trouvons dans le travail de l'honorable Dr Dhourdin : « On a pensé aux *Syndicats médicaux*. Ceux-ci, « vous le savez, Messieurs, sont impossibles aujour- « d'hui.... »

Impossibles ? — Parce que la cour de cassation a refusé de leur reconnaitre les droits conférés par la loi du 21 mars 1881 aux Syndicats professionnels ? — Sans doute, cette interprétation d'une loi que les Chambres avaient voulu faire libérale, qui devait, aux termes mêmes des déclarations du gouvernement et du rapporteur, être interprétée dans le sens le plus large, sans doute, cette interprétation a provoqué, au sein de quelques syndicats, une certaine tiédeur. Mais ont-ils disparu par le fait même de la décision de la cour suprême ? Le plus grand nombre n'ont-ils pas continué leurs travaux comme par le passé ? A-t-on inquiété les réunions qui ont été tenues ? Qu'on lise dans le *Concours* et au Bulletin les comptes-rendus publiés depuis l'arrêt de la cour de cassation et l'on verra que les pouvoirs publics eux-mêmes ont, dans maintes circonstances, réclamé l'avis d'un certain nombre de syndicats dans des circonstances où les intérêts du corps médical étaient engagés.

La tolérance (puisqu'il faut employer cette expression) dont les syndicats médicaux n'ont cessé de jouir ; la bienveillance qu'on leur témoigne partout ; la faveur avec laquelle on admet leurs avis prouvent, il me semble, qu'il sont bien loin d'être impossibles : bien plus, c'est une reconnaissance formelle des services qu'ils peuvent rendre et qu'on attend d'eux. C'est un encouragement.

Et la pétition qui fut signée le 3 mai à la réunion de l'Association générale et qui fut défendue par l'honorable secrétaire général, M. le Dr Foville, avec une ardeur dont nous nous plaisons à le remercier, cette pétition n'est-elle pas un document d'une importance et d'une valeur considérables ?

Au reste, l'avenir nous paraît prochain où un texte plus clair ne pourra laisser aux tribunaux aucun doute sur l'intention de nos législateurs. Trois projets ont été, en effet, déposés à la Chambre demandant, en faveur des professions libérales, les bénéfices de la loi sur les syndicats professionnels.

Les renseignements très précis que nous tenons d'un certain nombre de nos amis de la Chambre ne nous laissent aucune inquiétude à ce sujet.

Aussi estimons-nous que nous pouvons prendre patience, tout en stimulant, en toute occasion, le zèle de nos représentants.

En attendant, que les syndicats qui existent et qui n'ont point été inquiétés, se réunissent comme par le passé ; qu'ils étudient les questions d'intérêt professionnel ; qu'ils les discutent ! Qu'ils nous adressent leurs travaux afin d'en faire profiter tous nos confrères, en les livrant à la publicité ! L'agitation salutaire qui en résultera aboutira à un résultat certain : en secouant la torpeur légendaire du corps médical, en développant les bonnes relations entre les membres de notre grande famille, elle amènera

les améliorations matérielles et morales que chacun de nous désire ardemment.

C'est ce qu'ont parfaitement compris nos confrères du territoire de Belfort qui viennent précisément de former un syndicat. Or, je ne sache pas que nos confrères de l'Est aient jamais passé pour des utopistes. Comme le philosophe qui démontrait le mouvement en marchant, nos confrères démontrent que les syndicats ne sont pas *impossibles* en en créant un auquel nous souhaitons prospérité et durée.

AD. BARAT-DULAURIER.

Association professionnelle médicale de Belfort

Assemblée générale du 6 juin 1886, à Belfort.

La séance est ouverte à 11 heures sous la Présidence de M. le docteur Lorber (Beaucourt) ; assesseurs : MM. les docteurs Bardy et Duvernoy (Belfort).

Sont présents : MM. les docteurs Grisez, (Lachapelle) Desprez (Foussemagne), Taufflieb, (Giromagny), Bubendorf et Nidergany (Belfort).

Se sont excusés par lettres : MM. les docteurs Luc (Belfort), Lorber, (Fesches-le-Chatel), et Gromier (Delle).

M. le Président Lorber prend la parole en ces termes :

Messieurs, le but de notre syndicat est pacifique : ceux qui l'ont fondé sont avant tout soucieux des intérêts et de la réputation du corps médical. Comme l'Association Générale, dont nous sommes tous membres, poursuit un but analogue, je crois qu'il est utile de vous exposer les raisons qui nous ont déterminés à désirer la création d'un syndicat à côté de l'association.

L'association et le syndicat sont nés de la même idée : amélioration de la profession médicale, avec cette distinction, cependant, qu'ils suivent pour arriver à ce but des voies différentes.

L'association vient en aide aux confrères qui ont été plus ou moins éprouvés dans la lutte pour la vie, et qui sont revenus du combat plus ou moins invalides. Elle répare les pertes, elle n'a d'effet qu'après la bataille. Le syndicat au contraire prête des armes aux combattants, il les soutient dans le feu de l'action, les discipline et les dirige pour les mener plus sûrement à la victoire.

L'association est une Société de secours mutuels, et, bien qu'elle se propose encore pour mission de moraliser la profession, elle n'a que rarement pu s'en occuper, et les Pouvoirs publics ont toujours refusé de la considérer autrement que comme une Société de secours mutuels approuvée. Du reste, ses réunions sont rares, et elle embrasse une trop grande région. Le Syndicat, plus local, se réunira plus souvent, et aura pour résultat l'établissement, entre confrères, susceptibles de pratiquer sur le même terrain ou dans des clientèles voisines, de relations sympathiques, qui amènent les dispositions conciliantes, et l'étude en commun des questions professionnelles.

D'où vient que nous médecins, qui autrefois, alors que nous étions étudiants, formions un peuple joyeux et uni, animé de l'esprit de corps et de bonne camaraderie, nous avons perdu ces sentiments généreux de notre jeunesse. C'est que nous ne nous voyons pas, nous ne nous fréquentons pas. Nous sommes de diverses générations, de diverses écoles, nous négligeons d'entrer en relation, et peu à peu, les exigences de la clientèle aidant, nous nous isolons de plus en plus.

Le Syndicat sera le remède à notre isolement : Deux fois par an, les confrères de la région se retrouveront dans des réunions amicales, et tout à fait professionnelles. On agitera les questions d'intérêt local ; on soumettra les cas douteux à l'expérience et à la sagesse de confrères plus anciens ; nous aurons des entretiens sur les difficultés de la profession, et les meilleurs moyens de n'y pas succomber.

Le Syndicat n'aurait-il que cet avantage d'établir des relations amicales entre médecins, qu'il mériterait, par cela seul, d'être reconnu d'utilité professionnelle.

Dans notre territoire, il nous a semblé que nous n'avions pas la situation et l'influence que nous devrions désirer. La grande rareté de nos relations a surtout amené parmi nous le manque d'entente et l'absence de tout sentiment de solidarité. Les conflits d'intérêts contribuent aussi pour une large part à nous diviser. La concurrence, dans le sens commercial du mot, ne devrait pas exister parmi nous. Faites mieux que vos confrères si vous pouvez ; mais ne faites pas à plus bas prix.

Nous n'avons pas l'intention de vous proposer un tarif minimum d'honoraires : la façon dont nous sommes groupés ne le permet pas. Nous pourrons simplement conseiller aux confrères habitant une même localité, de s'entendre entre eux à ce sujet. Nous savons parfaitement que bien des considérations peuvent modifier nos chiffres d'honoraires. En effet, nous avons tous dans notre clientèle des personnes pour lesquelles une somme un peu élevée à payer est un vrai désastre, et qui pourtant tiennent à honorer leur médecin. Celui-ci, pour ne pas blesser leur amour-propre, leur envoie une note proportionnée à leur fortune. Aucun de nous ne blâmera jamais cette charité déguisée.

Nous vous demanderons simplement de ne pas abaisser systématiquement votre tarif d'honoraires, dans le but prémédité de détourner la clientèle de vos confrères par l'appât du bon marché.

Nous devons aussi nous soutenir mutuellement contre les médisances qui ne sont pas ménagées aux médecins ; nous nous rendrons ainsi la vie plus facile et plus agréable, et, ce qui n'est pas à dédaigner, la profession plus lucrative.

Notre principale ambition sera donc de voir notre syndicat arriver à aplanir toutes les difficultés, tous les dissentiments qui peuvent survenir entre confrères ; à jouer le rôle d'un bon père de famille, qui assure la bonne harmonie et la concorde entre ses enfants ; à dissiper les malentendus, car, dans la plupart des querelles entre honnêtes gens, il n'existe au début qu'un malentendu, qui s'envenime à la

longue, faute d'un médiateur bienveillant et désintéressé, qui rétablisse les choses à leur véritable point de vue.

Nous pourrons étudier ensemble les relations des médecins avec les Administrations, la justice, et les sociétés quelconques; celles-ci exploitent notre dévouement, et obtiennent quelquefois, grâce au manque d'entente, des rabais dans les émoluments, qui finissent par être dérisoires. Ces questions, une fois résolues, nous permettront, forts de l'appui de tous nos confrères, de résister aux marchandages et aux prétentions ridicules. De même, dans les cas de conflits pour motifs politiques, ou autres, nous pourrons soutenir notre confrère, et l'appuyer, s'il est dans son droit, par tous les moyens dont nous disposerons.

En résumé, Messieurs, le but de notre association est de resserrer les liens de bonne confraternité, et d'établir une entente amicale entre les médecins de la région, d'affermir notre solidarité de telle façon, que chacun de nous puisse, dans toutes les questions professionnelles, compter sur l'appui, le concours de ses collègues, et résister ainsi avec succès aux prétentions que, tout seul et livré à lui-même, il serait impuissant à combattre.

Il est bien entendu qu'en dehors des questions professionnelles, chacun de nous restera libre de ses actes, de ses opinions. La société ne consentira en aucun cas, à intervenir dans la politique, qui sera absolument bannie de nos réunions.

Après cette allocution qui réunit l'approbation unanime, le Président met aux voix les articles des statuts, dont il donne lecture. Tous les articles sont adoptés à l'unanimité.

L'ordre du jour appelle la nomination des membres du Bureau pour l'année 1886. M. Lorbert (Beaucourt) est proclamé président, et MM. Bardy et Duvernoy assesseurs.

M. le président déclare alors le Syndicat constitué. — Il compte actuellement onze adhérents, qui ont tous mis leur signature au Registre.

Aux termes de l'art. XII des statuts, M. Bardy, chargé de la trésorerie, perçoit toutes les cotisations et droits d'entrée des membres présents, et leur en délivre reçu.

M. Taufflieb demande à l'assemblée de résoudre la question suivante : Un médecin, commis par la Justice pour visiter un blessé soigné par un confrère, doit-il ne procéder à sa visite, qu'après avoir prévenu le médecin traitant, et en présence de celui-ci ?

Après délibération, le syndicat décide que jamais la justice ne devrait commettre le médecin traitant comme expert ; qu'il serait convenable que l'expert prévînt son confrère, du lieu et du moment de son expertise, mais que celui-ci est libre d'y venir ; dans ce cas le médecin commis par la justice procédera à ses constatations, ainsi qu'il le jugera utile.

M. Lorber demande l'avis de l'Assemblée sur le cas suivant : Un malade atteint d'une affection du foie est en procès avec son beau-frère, il vit avec sa belle-mère. Chaque fois que le beau-frère vient les voir, malgré la défense du malade, celui-ci est pris d'un accès d'ictère. Le médecin peut-il demander l'interdiction pour le beau-frère d'aller voir sa mère chez son adversaire ? La réunion est d'avis que l'initiative de la demande doit partir du malade lui-même, et que le médecin ne peut que l'appuyer par un certificat.

La séance est levée à midi pour faire place à la réunion de l'association du Haut-Rhin.

A 2 heures, Banquet confraternel à l'hôtel de l'ancienne Poste, avec les confrères membres de l'association.

Le Secrétaire,
Dr Bardy.

NOUVELLES

Nous recevons la rectification suivante que nous nous empressons d'insérer :

M. le Rédacteur, par suite d'une erreur inconcevable, le Dr *Demeaux*, médecin à Aix-les-Bains, a été porté, dans l'annuaire de l'Association des médecins de France, pour 1885, au nombre des membres décédés. La société médicale d'Aix-les-Bains se fait un devoir de démentir cette nouvelle, qui pourrait être préjudiciable au sympathique et distingué confrère qu'elle s'honore de compter parmi ses membres. Le président de la Société médicale : Dr Blanc.

— Par arrêté ministériel en date du 12 juillet 1886, une médaille d'honneur en bronze a été décernée à M. le Dr *Souloumiac*, à Cousances, en récompense du dévouement dont il a fait preuve au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde.

— Le concours des chirurgiens du Bureau central s'est terminé lundi soir par la nomination de MM. les docteurs Marchant et Bazy.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint du service des aliénés vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Séglas.

NÉCROLOGIE

M. Jean Dussaud, interne provisoire à l'hôpital des Enfants, a succombé, âgé de 24 ans, aux suites d'une diphthérie contractée dans son service.

— M. le Dr Cayrade, médecin et maire de Decazeville.

BIBLIOGRAPHIE

A la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris : **Des attentats à la pudeur sur les petites filles,** par le docteur Paul Bernard, préparateur au laboratoire de médecine légale de Lyon, un vol. in-8° de 150 pages avec deux planches hors texte. Prix : **4 fr.**

L'alcoolisme et le monopole des alcools, par le Dr F. Dubrandy, médecin de 1re classe de la marine, en retraite.

Des assurances sur la vie, par le Dr H. Schoenfeld, président de la Caisse de Pensions du corps médical belge.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE

LA SEMAINE MÉDICALE

Les attaques contre M. Pasteur ont continué sous la forme d'une conférence qui a été faite dans la mairie du 4e arrondissement par un vétérinaire, M. Bouiller. Ce qui a été dit dans cette circonstance par l'orateur principal et par quelques personnages tels que le belge Hubert Boëns et la citoyenne Louise Michel, a si peu le caractère scientifique que nous croirions sortir de notre rôle si nous en parlions ici.

Mais un incident, la mort d'un habitant de Grenoble, Marius Bouvier, a été commenté par des journaux de médecine et mérite qu'on s'y arrête.

Le *Progrès médical* insérait, dans son dernier numéro, la note suivante :

Nous lisons dans le *Temps* du 25 juillet :

« Des journaux de Paris ont raconté que Marius Bouvier, âgé de trente-cinq ans, représentant de commerce, mort le 21 juillet, à Grenoble, après avoir été mordu par un chat enragé, le 30 avril dernier, n'avait suivi que pendant trois jours le traitement Pasteur. M. le Dr Girard, de Grenoble, qui a procédé avec son confrère Hermil à l'autopsie de Bouvier, a reçu aujourd'hui de M. le Dr Brouardel une lettre lui demandant des explications à ce sujet. Le correspondant du *Temps* peut affirmer qu'il a entre les mains et qu'il a vu à la mairie le certificat délivré par M. Pasteur à Bouvier, attestant qu'il avait suivi le traitement préventif de la rage du 4 au 13 mai 1886.

Il est ainsi conçu : « Laboratoire de la rue d'Ulm. Je déclare que le sieur Marius Bouvier, de Grenoble, a subi le traitement préventif de la rage du 4 au 13 mai 1886. Signé : PASTEUR. » — M. Girard a envoyé à M. Pasteur, sur sa demande, le bulbe du cerveau de Bouvier. Ce savant a écrit au médecin de Grenoble que c'est la première fois que son traitement serait suivi d'insuccès sur un homme mordu à la main. Avec une partie du cerveau que l'on a conservée à l'hôpital de notre ville, on a inoculé un lapin et un chien. Le lapin est mort hier soir, et le chien est malade. Il est donc certain, et c'est l'avis des deux médecins qui ont fait l'autopsie de Bouvier, que celui-ci est bien mort de la rage.

Il faut remarquer, il est vrai, que cet homme était un alcoolique invétéré, s'enivrant deux ou trois fois par semaine. »

Quelques-uns de nos confrères, qui n'appartiennent ni au camp des détracteurs de parti pris ni à celui des enthousiastes quand même, se sont demandé si la mort de Marius Bouvier ne mettait pas en échec la prophylaxie de la rage après morsure. Voici ce que nous croyons utile de leur répondre, renseignements pris auprès de personnes compétentes.

Il plane sur le cas de Marius Bouvier plusieurs obscurités.

D'abord il est venu se faire traiter rue d'Ulm, à une époque où l'organisation du service des inoculations antirabiques, faute d'un personnel suffisant, fonctionnait beaucoup moins régulièrement qu'aujourd'hui au point de vue du contrôle. Une fois qu'on avait vérifié qu'un nouveau venu avait un certificat de morsure rabique en règle, on lui commençait le traitement; et, lorsque le nombre de jours représentant la durée du traitement était écoulé, on lui signait un certificat tel que celui qui est cité dans l'article du *Progrès*, mais il se pourrait bien, dans l'espèce, que Bouvier, alcoolique assez négligent, paraît-il, de lui-même, ne fût pas venu tous les jours au laboratoire et n'eût pas reçu toutes les inoculations, dont seule la série graduellement croissante peut donner l'immunité.

Ensuite il n'est pas encore certain que Bouvier soit mort de la rage. C'était un alcoolique avéré et il arrive de temps en temps chez des alcooliques des accidents d'encéphalite et de méningite cérébro-spi-

nale très difficiles à distinguer de la rage. Nous avons vu l'an dernier à Lariboisière un alcoolique qui, ayant été mordu par un animal enragé quelques semaines auparavant, a succombé à des accidents cérébraux et bulbaires dont la nature est demeurée incertaine.

Dans le cas de Bouvier, la preuve expérimentale n'est pas rigoureusement faite, quoi qu'en disent nos confrères de Grenoble (1). Le lapin qu'ils ont inoculé a pu succomber à la septicémie, si fréquente chez cet animal et si difficile parfois à distinguer de la rage pour un observateur peu expérimenté en ces matières. Le chien inoculé n'était pas mort à la date où on écrivait de Grenoble.

Au laboratoire de Pasteur, on a inoculé trois lapins et un chien avec la substance nerveuse de Bouvier envoyée de Grenoble. Or l'un des lapins qui avait reçu l'inoculation par voie sous-cutanée est mort de septicémie et non de rage, un deuxième inoculé par trépanation est mort aussi de septicémie, le troisième vivait dimanche matin. — Le chien à cette date n'était pas encore malade. Il faut donc attendre pour savoir à quoi s'en tenir sur la cause de la mort de Bouvier.

Mais allons plus loin : s'il était démontré dans quelques jours que Bouvier est bien mort de la rage, en quoi la méthode de M. Pasteur se trouverait-elle entamée ? Nous le demandons à nos confrères.

Si des personnes étrangères à nos études peuvent croire qu'un médicament ou un traitement n'est bon qu'à la condition de guérir *toujours*, ce n'est pas à des médecins qu'il faut rappeler l'inefficacité absolue de nos meilleurs médicaments dans certains cas. Les échecs du mercure dans la syphilis, de la quinine dans la malaria, de l'opium contre l'insomnie, que chacun de nous a eu le regret d'enregistrer plus d'une fois dans sa carrière, ont-ils conduit aucun de nous à nier l'utilité de ces médicaments ?

S'il faut parler de vaccins, la vaccination anticharbonneuse réussit-elle toujours? Est-ce une raison pour pousser les agriculteurs à renoncer aux avantages qu'ils en tirent dans la majorité des cas. — Et le vaccin de Jenner même n'échoue-t-il pas quelquefois ? Allons-nous cesser de nous faire vacciner ? — Je sais bien que M. Hubert Boëns nous en conjure ; mais, franchement, je crois qu'il y perdra son latin, s'il le sait,.... ou tout au moins son belge. Il ne réussira pas plus à convaincre les gens de bon sens, qui n'ont pas envie d'être grêlés, de la nécessité de renoncer aux bénéfices du vaccin, que Louise Michel ne convaincra la majorité de ses contemporains de la nécessité de détruire l'état social actuel, de renoncer aux avantages de la propriété et du mariage, sous prétexte que ce ne sont pas toujours les honnêtes gens qui sont riches et que beaucoup de mariages légitimes sont mauvais.

(1) Depuis l'article du *Progrès*, notre collègue Hermil a écrit qu'il n'avait nullement affirmé la rage chez Bouvier ; il ne pouvait d'ailleurs le faire en se basant sur l'autopsie, les lésions étant toujours les mêmes macroscopiquement, qu'il s'agisse d'une congestion cérébro-spinale et méningienne rabique ou alcoolique.

Le hasard, qui a réuni un jour dans la salle des mariages du 4e arrondissement la Jeanne d'Arc du socialisme et le Pierre l'Ermite de la croisade contre le vaccin est un hasard bien amusant, et il est fâcheux que l'air respiré dans cette salle, vouée aux conjonctions matrimoniales, n'ait pas conduit M. Hubert Boëns à demander la main de Louise Michel ; ils sont bien faits pour se comprendre.... Il est vrai que M. H. Boëns est peut-être marié.

P. L. G.

Question scolaire

On lisait récemment dans un journal de Bordeaux:

Fin d'un abus.

Depuis longtemps, les Facultés de médecine en général et celle de Bordeaux en particulier laissaient les étudiants et les docteurs étrangers concourir à l'internat, au prosectorat, au clinicat, toutes fonctions rétribuées par l'État ou les communes.

Nous avons à plusieurs reprises protesté vivement contre cet oubli des principes et des... règlements ; il ne peut pas y avoir parité dans les avantages là où il n'y a pas égalité dans les charges. L'étudiant étranger n'est astreint en France, — et cela se conçoit — à aucun service militaire. Par suite, il lui est très facile de préparer un concours et d'y réussir, tandis que l'étudiant français monte la garde ou fait l'exercice. Aussi le *clinicat* était-il devenu depuis quelques années le *quasi-monopole* des étrangers, à Bordeaux du moins.

Par un décret récent, M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'écarter des fonctions de chef de clinique *titulaire* d'ophthalmologie un docteur étranger qui occupait depuis un an à Bordeaux ces fonctions comme chef de clinique provisoire, et qui est sorti premier du dernier concours.

Nous ne pouvons qu'applaudir à cette sage mesure, et nous espérons que M. Goblet n'hésitera pas à rappeler à tous ses administrés, par une circulaire très explicite, que des fonctions rétribuées, quelles qu'elles soient, appartiennent *exclusivement aux Français.*

G. B.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 3 Août).

L'alcoolisation des vins.

M. Besnier avait demandé à l'Académie de déclarer dans ses conclusions que l'alcoolisation de la bière et du cidre était aussi nuisible que celle du vin. La commission a accédé à son désir et en a profité pour modifier légèrement ses conclusions primitives sans en altérer le sens.

« L'Académie, se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, considère comme nuisible l'alcoolisation des vins, telle qu'elle se pratique aujourd'hui avec les alcools industriels. Mais elle croit que, pour répondre à certaines exigences de transport et de conservation, on peut autoriser le sucrage des moûts, à la condition de se servir de sucres cristallisés,

Les mêmes considérations lui font repousser l'alcoolisation des bières, des cidres et des poirés.

L'Académie émet le vœu que le gouvernement prenne les mesures les plus sévères pour empêcher l'entrée en France des vins additionnés d'alcool.

Parmi ces mesures, elle signale la création de laboratoires annexés aux bureaux de douane ouverts à l'importation des vins étrangers.

Les alcools dits supérieurs augmentant dans une forte proportion les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, l'Académie demande que les esprits destinés à la fabrication des liqueurs soient absolument purs.

L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des cabarets, de les réglementer, et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie. »

Le sulfate de quinine dans la fièvre typhoïde.

M. *Pécholier*, qui a déjà publié des travaux sur l'action antizymotique du sulfate de quinine, pense que l'emploi continu de ce médicament dès l'apparition des premiers symptômes abrège ou même jugule la fièvre typhoïde.

La dose qu'il donne est de 1 gramme à 1 gr. 20 par jour. Si la température est très élevée, il administre en outre des bains de pied tièdes, et, s'il existe des troubles cardiaques accentués, il élève un peu la dose quotidienne de quinine.

La durée de 64 dothiénentéries qu'il a traitées a été de 14 à 15 jours.

La vaccination.

Pour répondre à certaines questions adressées à l'Académie par le ministre de l'instruction publique, M. *Blot* donne lecture d'un rapport qui contient plusieurs chiffres intéressants à connaître.

L'Académie vaccine chaque année 3 à 4,000 individus et en revaccine 1,000. Elle distribue 11,000 plaques de vaccin, 2,700 tubes, 5,000 lancettes chargées. Les succès obtenus par la vaccination de bras à bras sont de 99 % ; le vaccin en tubes ne donne que 85 à 90 %.

L'Académie émet le vœu que la vaccination soit rendue de plus en plus facile par la multiplicité des centres vaccinogènes. Ce sont surtout les grandes villes d'arrivages maritimes qui devraient être les mieux approvisionnées.

M. Verneuil a fait sur le **parasitisme microbique latent** une communication dont l'importance est telle que nous n'en pouvons donner aujourd'hui le résumé. Ce serait d'ailleurs empiéter sur le domaine de notre collaborateur chirurgical.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 2 août.

L'innervation indirecte de la peau.

M. *C. Vanlair* a repris la question si intéressante de la conservation de la sensibilité cutanée du membre supérieur après la section complète des nerfs importants.

Il a rappelé que l'explication proposée par Richet, la récurrence des fibres nerveuses, avait été vérifiée expérimentalement par Arloing et Tripier et acceptée par tous les physiologistes. Ces observateurs ont aussi indiqué le rôle de la diffusion périphérique des fibres, mais sans y insister suffisamment.

M. Vanlair conclut au contraire d'expériences personnelles que l'importance de la dispersion collatérale des fibres dépasse beaucoup celle de la récurrence.

C'est par suite de la superposition de districts nerveux d'origines différentes dans la peau et des échanges périphériques entre nerfs issus de plexus divers que se trouvent garantis la persistance et le rétablissement de la sensibilité cutanée après les sections nerveuses. Les fibres collatérales parcourent en général les masses profondes du membre et viennent émerger pour ainsi dire de chaque point de la surface aponévrotique pour pénétrer directement dans la peau.

Après une section nerveuse, l'excitation partie du point lésé du bout central va impressionner les centres nerveux des nerfs voisins et même ceux d'un autre plexus pour déterminer l'*inhibition* passagère de la sensibilité dans la zone cutanée commandée par ces nerfs. Mais, après l'épuisement de cette influence inhibitrice, la sensibilité reparaît dans cette zone.

Le temps que met la sensibilité à se rétablir est beaucoup plus long chez l'homme que chez l'animal. Le rôle que la collatéralité joue dans le rétablissement de la sensibilité cutanée varie d'ailleurs chez l'homme dans des limites considérables.

MÉDECINE PRATIQUE

Affections rhumatismales et rhumatoïdes

Pseudo-lipôme. — Main à fossettes. — Diathèse lipomateuse. — Etiologie des polyarthrites. — Rhumatismes scarlatineux et gonorrhéique.

I

On doit à M. le professeur Potain la connaissance d'une affection curieuse du tissu cellulaire sous-cutané, qui se rapproche par sa nature des œdèmes rhumatismaux, bien qu'elle s'en éloigne beaucoup par sa durée ; nous voulons parler du *pseudo-lipôme*, que le savant clinicien de l'hôpital Necker a décrit ainsi : « Dans l'une des régions sus-claviculaires ou plus souvent sur toutes deux, on remarque une saillie qui transforme la dépression habituelle à cette place en une convexité dont le relief peut s'élever de deux et même trois centimètres au-dessus du plan des parties voisines ; ovoïde ou triangulaire, avec des bords mal limités, des angles mousses et des contours indécis pour l'œil comme pour le toucher, cette saillie est comprise dans l'espace laissé libre entre la clavicule, le bord du trapèze et celui du sterno-mastoïdien. Elle ne s'accompagne d'aucun changement de coloration à la peau ;

elle n'est ni dure, ni fluctuante, ni susceptible de garder l'empreinte du doigt comme font les parties œdémateuses. Elle est élastique et sa palpation, qui, d'ailleurs, n'est aucunement douloureuse, ne donne d'autre sensation que celle qu'on éprouve à toucher quelque région riche en tissu adipeux, telle que la paroi abdominale ou la fesse d'un sujet quelque peu obèse. » (1).

Cette affection singulière n'est pas si rare qu'on pourrait croire, puisque M. Potain en a vu 20 cas en 3 ans, dont 16 chez des femmes. M. Verneuil, qui après M. Potain a le plus contribué à faire l'histoire du pseudo-lipôme, l'a vu chez trois femmes et chez un homme : la prédisposition du sexe féminin est donc évidente.

Bien que le creux sus-claviculaire soit son siège de prédilection, le pseudo-lipôme a été vu dans la plupart des points où un tissu cellulaire lâche et habituellement graisseux semble plus susceptible de se surcharger de graisse et de sérosité, sur les côtés du tendon rotulien et du tendon d'Achille, au voisinage des malléoles, plus exceptionnellement au-dessous des bosses occipitales, dans les régions temporales, parotidiennes et sous-maxillaires, deltoïdiennes.

Pour souligner la parenté du pseudo-lipôme et des affections rhumatismales, M. Potain ajoutait: « Très souvent chez les individus affectés d'arthritisme chronique et assez souvent en même temps qu'un certain degré de tuméfaction pseudo-lipomateuse de la région sus-claviculaire, on remarque une sorte de boursouflure du dos des mains prédominant singulièrement au niveau des espaces étroits qui séparent les articulations métacarpo-phalangiennes et formant là de petites éminences, entre lesquelles la peau, déprimée au niveau des têtes des métacarpiens, constitue de petites fossettes. La *main à fossettes* est presque toujours une main d'arthritique et appartient plus spécialement à l'arthritique féminin. »

Quant à l'anatomie pathologique de la tuméfaction pseudo-lipomateuse, ce que nous en savons, d'après M. Verneuil, qui, dans une opération de résection de la clavicule, eût à faire une incision à la circonférence d'un pseudo-lipôme, c'est qu'il n'y avait en ce point que du tissu adipeux ordinaire non enkysté et se continuant avec celui qui tapissait le reste de la région. »

Mais M. Chuffart, qui a réuni et critiqué toutes les observations publiées de pseudo-lipôme, croit qu'il faut établir parmi celles-ci, trois catégories, suivant qu'il s'agit : 1° D'une variété d'œdème circonscrit et dépressible; 2° d'une variété d'œdème circonscrit non dépressible ; 3° de lipôme vrai du creux sus-claviculaire. Et cependant, d'après cet auteur, ces trois catégories sont trois degrés d'évolution différents d'une seule et même lésion. La première représenterait la phase d'invasion, caractérisée par l'œdème, l'infiltration et la prolifération d'éléments nouveaux ; la seconde correspondrait à la période de résorption de l'exsudat et des éléments cellulaires, ce qui constitue la forme la plus commune (le vrai pseudo-lipôme) ; la troisième résulterait de l'organisation définitive sous forme de tissu cellulo-adipeux des produits de nouvelle formation. » A coup sûr ce n'est là qu'une hypothèse.

Ce qui est certain, c'est que les malades chez lesquels survient le pseudo-lipôme présentent d'évidentes manifestations de la diathèse rhumatismale, douleurs vagues, mobiles, à retour fréquent, au niveau des articulations, dans les masses musculaires, sur le trajet des nerfs, ou tuméfaction chronique et douloureuse des genoux, des poignets ; déformations arthritiques des doigts, craquements articulaires.

On a observé aussi chez plusieurs des personnes à pseudo-lipôme la coexistence d'un œdème rhumatismal vrai d'une région étendue du tronc ou des membres ; on ne saurait donc séparer le pseudo-lipôme de ces œdèmes « à allures mobiles avec lesquels il est né, dont il suit les phases et partage la mobilité » ; il convient de rattacher le pseudo-lipôme à l'œdème rhumatismal essentiel et aux nodosités sous-cutanées dont nous avons parlé dans le précédent article ; le pseudo-lipôme est une affection rhumatismale dans laquelle l'élément nerveux, générateur des œdèmes paralytiques, paraît jouer le plus grand rôle.

S'il était vrai que le lipôme vrai pût être l'aboutissant naturel du pseudo-lipôme, et qu'il fallût voir dans ces tumeurs des productions spéciales aux arthritiques « dont le facteur fondamental est la cellule adipeuse », il serait logique d'admettre, avec M. Chuffart et plusieurs auteurs contemporains, une sorte de *diathèse lipomateuse* (1), dans des cas où des néoplasmes lipomateux en nombre considérable se sont montrés sur un même individu, de 3 et 4 jusqu'à 50 et même plus, chez des sujets ayant dans leurs antécédents personnels ou familiaux des manifestations arthritiques indubitables. Dans un cas même l'hérédité de cette diathèse lipomateuse a été relevée (Lardier) (2).

Cette relation des néoplasmes à base de graisse avec l'arthritisme n'est pas au fond bien surprenante, étant donné ce que M. Bouchard nous a appris sur le ralentissement général des actes nutritifs chez les arthritiques, sur l'insuffisance des oxydations chez eux, d'où il résulte que la polysarcie, l'obésité est fréquemment la compagne de la goutte, des lithiases hépatique et rénale, du diabète et des autres rameaux du tronc arthritique.

Cette communauté d'origine de toutes les affections rhumatismales précédemment énumérées fournit la plus rationnelle des indications thérapeutiques; tout ce qui peut activer la nutrition générale et les circulations locales, exercice, hydrothérapie, inhalations d'air comprimé et d'oxygène, frictions et massage, voilà ce qui convient aux malades présentant quelques-unes des manifestations rhumatismales dont nous avons parlé. Celles de ces affections

(1) Mémoire lu à l'Académie en 1882.

(1) Krohn, Thèse de Paris, 1886. Les lipômes sont-ils d'origine arthritique ? — Namin, Thèse de Paris 1878. Relation des néoplasmes avec l'arthritisme. — Darbez, 1868. Diathèse lipomateuse.

(2) *Revue médicale de l'Est*, 1886.

qui sont douloureuses pourront être amendées quelquefois par les salicylates de soude ou de lithine, la quinine ; mais il n'y faut qu'à moitié compter.

II

S'il est convenable de rattacher au rhumatisme les affections diverses qui nous ont occupé jusqu'ici, il faut savoir écarter nettement de ses domaines bien des manifestations articulaires ou juxta-articulaires douloureuses, dont M. Bouchard nous a révélé la nature le plus souvent infectieuse en les baptisant du nom de *pseudo-rhumatismes*, que les Allemands désignent surtout sous celui de *affections rhumatoïdes*, et auxquelles un homme considérable dans la science d'Outre-Rhin vient de consacrer une intéressante communication à la Société de médecine interne de Berlin.

En effet, Gerhardt ramène à quatre ordres de causes les affections poly-articulaires.

Les unes seraient *d'ordre chimique et toxique* ; tels certains gonflements articulaires qu'on peut voir survenir chez de jeunes enfants soumis au traitement mercuriel.

De cet ordre seraient les inflammations goutteuses par excès d'acide urique dans le sang et les humeurs.

Puis viennent les arthropathies *d'ordre nerveux*, aussi bien celles de l'ataxie locomotrice que celles qui ont pour point de départ des maladies utérines, ou celles qui précèdent la coloration bronzée dans la maladie d'Addison.

Gerhardt admet une catégorie d'affections articulaires par *lésions des vaisseaux*. Il en donne pour exemples les arthrites qui surviennent dans le scorbut et le purpura, chez certains hémophiles. Nous avons vu un beau cas d'hémophilie, dans lequel le malade était fréquemment pris de tuméfactions articulaires ; il s'agit probablement alors de véritables hémathroses.

Enfin, la catégorie la plus nombreuse peut-être d'inflammations articulaires *rhumatoïdes*, comme dit Gerhardt, ou pseudo-rhumatismales, comme dit M. Bouchard, reconnaît pour cause *l'invasion des schizomicètes*, les décharges microbiennes sur des séreuses articulaires au cours des maladies infectieuses. Tel est le *pseudo-rhumatisme infectieux* dont notre distingué collègue M. Bourcy a écrit l'histoire dans sa dissertation inaugurale, d'après l'enseignement de notre maître commun, et auquel j'ai consacré une étude dans ce journal en 1883.

Gerhardt prend grand soin de distinguer le rhumatisme articulaire aigu d'avec les polyarthrites des quatre catégories sus-mentionnées.

Voici les *caractères différentiels* qu'il propose : sa tendance aux récidives, sa propagation à la plupart des articulations, son début habituel par les jointures de la partie inférieure du corps et notamment par celle du pied.

Lebert avait déjà dit que dans les deux tiers des cas les membres inférieurs sont envahis les premiers.

L'*influence du traumatisme* sur le développement du rhumatisme articulaire, qui est admis par beaucoup de médecins en France, est acceptée par Gerhardt. C'est souvent à la suite d'un coup, d'une chute que le rhumatisme éclate ; or les membres inférieurs sont plus exposés aux traumatismes. Gerhardt a constaté, dans tous les cas où le rhumatisme avait débuté par les membres supérieurs, que ceux-ci étaient particulièrement fatigués par les occupations du malade, menuisier maniant la scie, repasseuse remuant son fer incessamment.

Parmi les caractères que Gerhardt attribue au rhumatisme vrai, se trouve la rareté de la suppuration articulaire, ce qui est classique chez nous, et l'hyperpyrexie, malgré laquelle les complications viscérales sont essentiellement bénignes : il ne nie pas que souvent un rhumatisant ne puisse être emporté par une péricardite ou une endocardite ; mais il veut dire que ces déterminations viscérales, comme aussi la pneumonie, sont plus bénignes au cours du rhumatisme que lorsqu'elles viennent compliquer d'autres affections.

Enfin il assigne comme dernier caractère au rhumatisme articulaire aigu l'action spécifique de l'acide salicylique et de l'antipyrine.

C'est même l'action si remarquable de l'acide salicylique agent microbicide énergique, qui fournit une présomption, a-t-on dit, en faveur de la nature microbienne du rhumatisme vrai. Comme la quinine dans la malaria et le mercure dans la syphilis, le salicylate de soude agirait en antiparasitaire dans la fièvre rhumatismale. Müller, en effet, a soutenu dès 1876 que le *rhumatisme articulaire aigu est de nature infectieuse* ; on sait que cette idée a trouvé des défenseurs ; s'ils sont rares en France, où, comme le dit quelquefois M. Bouchard, en l'absence de preuves ceux qui ont charge d'enseignement doivent conserver jusqu'à nouvel ordre ce sentiment comme une *idée de derrière la tête*, en Allemagne ils sont assez nombreux.

On a proposé une hypothèse pour expliquer la fréquence des manifestations articulaires au cours des maladies infectieuses, scarlatine, variole, fièvre typhoïde, blennorrhagie, diphthérie, — hypothèse qui ferait tomber la distinction entre le rhumatisme et les pseudo-rhumatismes. Dans plusieurs de ces maladies, a-t-on dit, il y a suppuration d'une surface tégumentaire ou muqueuse, et par suite pertes de substance, pouvant ouvrir la porte aux bactéries du rhumatisme vrai. Pour la gonorrhée notamment, cette hypothèse pourrait peut-être satisfaire, mais non pour la scarlatine, la diphthérie, encore moins pour la parotidite ourlienne ou la fièvre récurrente.

En ce qui concerne la *scarlatine*, ses manifestations rhumatoïdes sont en général, comme on sait, très bénignes, suppurent exceptionnellement, apparaissent pendant la desquamation ou lui succèdent et siègent ordinairement aux membres supérieurs, aux poignets.

Quoi qu'on ait dit, le salicylate de soude exerce souvent sur elles une action curative rapide ; excepté ce dernier point, nous n'en savons guère plus sur leur compte que ce que Trousseau avait enseigné. L'endocardite est fréquente en même temps que le rhumatisme scarlatin. Gerhardt l'a constatée chez

cinq membres d'une même famille ayant tous la scarlatine en même temps.

Quant au *rhumatisme blennorrhagique*, on sait à combien de discussions pathogéniques il a donné lieu. S'agit-il d'une coïncidence accidentelle de gonorrhée et de rhumatisme articulaire aigu? — Faut-il admettre avec certains auteurs qu'il y a eu pénétration de microcoques à travers la muqueuse uréthrale lésée ? — Les arthropathies sont-elles, comme le veulent d'autres auteurs, le résultat d'un trouble réflexe d'innervation (arthralgie) ?

L'opinion la plus générale aujourd'hui est que les déterminations articulaires font partie de la symptomatologie de certaines gonorrhées, leur fréquence varie entre 1 fois sur 35 et 1 fois sur 66, suivant les observateurs. La connexion entre l'arthropathie et la blennorrhagie éclate dans ce fait que celle-ci récidive généralement chez le même sujet, à chaque blennorrhagie nouvelle, jusqu'à 17 fois (Volkmann).

L'endocardite aurait été observée, dit Gerhardt, chez quelques individus atteints de rhumatisme blennorrhagique, mais bien rarement à coup sûr.

On a remarqué que les arthropathies surviennent surtout dans les cas de gonorrhée grave, prolongée, avec rétrécissement uréthral, et il a suffi dans certains cas de dilater le rétrécissement pour guérir les articulations.

La prédilection du rhumatisme blennorrhagique pour les genoux est notoire (73 %, suivant Gerhardt), comme celle du rhumatisme vrai pour le pied et du rhumatisme scarlatin pour le poignet, — ce qui n'empêche pas que le poignet et le coude ne soient fort souvent atteints dans la gonorrhée et que toutes les jointures du corps ne puissent être prises, y compris celles du maxillaire supérieur et des cartilages du larynx (Fournier).

Quoiqu'en général le salicylate de soude soit de nul effet, même à hautes doses, contre le rhumatisme blennorrhagique, Gerhardt l'a trouvé rapidement efficace dans quelques cas récents accompagnés de fièvre.

La question de la nature vraie du rhumatisme blennorrhagique ne pourrait être tranchée que si on trouvait constamment les gonococcus spécifiques de Messner dans les épanchements articulaires. Or les résultats obtenus jusqu'ici sont très divergents.

Au point de vue pratique, ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est la gravité de beaucoup d'arthrites blennorrhagiques en ce qui concerne la conservation des mouvements. On n'immobilisera donc que pendant un temps très court, les jointures douloureuses et tuméfiées et on ne ménagera pas les révulsifs, pointes de feu, vésicatoires réitérés. Enfin, on imprimera, aussitôt que la cessation des douleurs le permettra, des mouvements communiqués à la jointure pour prévenir l'ankylose ou rompre les adhérences déjà existantes.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La prescription des créances médicales en France et en Belgique

Il faut l'avouer à regret, le corps médical ne peut guère compter sur la bienveillance des pouvoirs publics en faveur de ses intérêts professionnels. N'est-ce pas une preuve nouvelle et regrettable de ce fait que la délibération toute récente du Conseil d'État, relativement aux pétitions de nos confrères sollicitant des modifications aux articles 2101 et 2272 du Code pénal ?

En s'adressant au Sénat, ils demandaient que le *privilège accordé aux médecins pour leurs honoraires, par l'article* 2101 du Code civil, fût élargi par une interprétation plus large des mots : « Frais de la dernière maladie. » Ils demandaient aussi, et le bon sens était avec eux, que ce *privilège s'étendît à la maladie précédant la faillite et la déconfiture tout aussi bien qu'à la maladie précédant la mort.*

De plus, nos confrères réclamaient le droit commun pour la prescription des créances médicales, c'est-à-dire l'extension d'un an à cinq ans, de la durée de cette prescription formulée par l'article 2272; à défaut de cette réforme, ils espéraient que le législateur porterait la durée de la prescription à deux années, dans les cas de maladies aiguës, et à cinq années pour les affections chroniques.

Le Sénat a voulu, avant toute décision, en référer au Conseil d'État. La section de législation de ce dernier a été contraire aux honorables pétitionnaires, et l'assemblée générale a, ces jours derniers, ratifié ces conclusions négatives.

Quels sont les motifs de ces conclusions ? En premier lieu, les jurisconsultes du Conseil d'Etat refusent d'admettre de telles réformes, parce qu'il n'est pas utile de déroger à une jurisprudence constante et à l'intention du législateur désireux de protéger le médecin contre l'avidité ou l'indifférence des héritiers. D'ailleurs, les raisons pour étendre la durée de la prescription leur paraissent insuffisantes, puisque la jurisprudence ne la fait courir en réalité, disent-ils, que du jour où le médecin cesse définitivement de donner ses soins.

En second lieu, ajoutent-ils, l'habitude des médecins étant de ne pas délivrer de quittance, il serait difficile de faire la preuve du payement après un délai trop prolongé. Quant à prendre en considération la nature de la maladie, ce serait, paraît-il, ouvrir la porte aux difficultés d'interprétation et entraîner les tribunaux à des appréciations contraires aux prohibitions de l'article 378 du Code pénal.

C'en est fait, très probablement, des pétitions de nos honorables confrères, car il est douteux que le Sénat passe outre à l'avis du Conseil d'État. Pour notre part, nous remercions les pétitionnaires de leur initiative et nous regrettons leur échec ; car, parmi les réformes désirables et en apparence aisément réalisables, celles-ci étaient à coup sûr au premier rang.

Tout restera vraisemblablement en l'état : les

créances médicales seront trop souvent contestées par des débiteurs sans scrupule, les mauvais payeurs continueront peut-être d'y gagner, mais je ne vois pas quel avantage la morale publique et la justice y pourront acquérir.

(*L'Union Médicale.*)

On lit, d'autre part dans le *Scalpel* (de Louvain) :

Prescription des créances médicales.

Nous recevons, au sujet de la prescription des honoraires médicaux, la lettre suivante, qui en fournit un cas particulièrement caractérisé. Le confrère qui en est victime, demande que l'on s'occupe de faire disparaître de nos lois cette iniquité. C'est ce que fera la Fédération Médicale, dans son Assemblée Générale de septembre prochain.

Tongres, 30 juin 1886.

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de vous soumettre quelques réflexions qui m'ont été suggérées par la lecture de l'article relatif à la prescription des créances médicales, inséré dans le nº 49 de votre estimable journal.

Les médecins de France ont eu peut-être tort de rapprocher, dans une même pétition, les articles 2101 et 2272. Si, d'un côté, il peut paraître étrange de demander des privilèges, il serait absolument exagéré de faire renforcer ces mêmes faveurs, par une nouvelle loi. Les privilèges ne sont plus de notre époque, et il est à désirer qu'ils disparaissent de notre législation dans un temps plus ou moins éloigné. Il n'est donc pas étonnant que nos confrères français n'aient pas obtenu satisfaction sur ce point.

Pourtant il n'en est plus de même de l'article 2272 qui traite de la prescription des honoraires. Ici nous nous trouvons purement et simplement en présence d'une question de droit commun, et il serait de toute justice que la durée de la prescription fût étendue de un à cinq ans, car, il faut bien l'avouer, une année ne suffit souvent pas pour faire rentrer le montant des notes. Or, grâce à cet article, des clients peu délicats ou des héritiers avides, finiront toujours, en traînant les affaires, par obtenir la prescription du médecin.

Un fait récent qui m'est personnel, sera peut-être de nature à démontrer toute l'iniquité de l'article 2272, lorsqu'il est interprété dans le sens strict du mot. Depuis plusieurs années, je traitais M. X., de Sluse, pour une affection chronique. Mon client me paie régulièrement jusqu'à l'année 1880 exclusivement. Mais l'année 1883, M. X. ayant fait un héritage, me prie de lui donner un délai qui lui est accordé. Dans le courant de l'année 1884, mon client, pour un cas pressant, est obligé de prendre un autre médecin ; mais, au commencement de l'année 1885, M. X. m'attendait, sur sa porte, lorsque j'allais voir un autre malade dans la commune et il me prie de venir le visiter. L'affection dont il est atteint s'est considérablement aggravée, et comme il est en traitement auprès d'un confrère, je lui propose une consultation pour me conformer au règlement professionnel.

N'ayant pas eu de réponse, à la fin du mois je lui fais parvenir ma note, qui s'élève à la somme de 200 francs environ. Quelque temps après, j'apprends qu'à la suite d'une aggravation subite, mon ancien client a perdu la tête et a succombé.

Ne connaissant pas les héritiers, je fais parvenir ma note au notaire instrumentant, mais celui-ci me répond que M. l'avocat L., de St-Trond, est l'héritier universel et qu'il s'occupe lui-même du paiement des dettes. En conséquence, j'envoie ma note à M. L. Pas de réponse. Au bout d'un mois, nouvelle lettre qui reste également sans réponse. Décidément, il y avait de la mauvaise volonté, il n'y avait plus à en douter et j'envoie à mon héritier invisible et inconnu, une lettre recommandée par laquelle je l'informe que, dans un mois, je lui ferai présenter une quittance par la poste, avec prière de vouloir bien m'avertir si cet arrangement n'était pas à sa convenance. Pas de réponse, et je croyais l'affaire définitivement arrangée. Par conséquent, au terme convenu, je fais présenter ma quittance qui est refusée sans donner le moindre motif. Révolté d'une conduite aussi indigne, je fais assigner devant la justice de paix, M. L., qui, dans un plaidoyer d'un laconisme remarquable, invoque tout simplement l'article 2272 du Code pénal. J'ai beau lui reprocher avec amertume de quelle façon indélicate il est parvenu à obtenir la prescription, en ne répondant à aucune de mes lettres. Je lui propose de produire les témoins à qui M. X. a avoué l'existence de ma dette peu de temps avant sa mort, rien n'y fait. M. L. refuse toutes les preuves ; il reste muet comme une carpe et maintient le bénéfice de la prescription. Puis, sur la demande de mon avocat, M. l'avocat L., confus et les yeux baissés, prête serment comme quoi il ne sait rien de l'existence de la dette (quoiqu'il puisse le savoir s'il le désirait) et l'affaire est jugée. *E finita comedia* !

Ainsi, d'après l'interprétation donnée à l'article 2272, tous les moyens sont bons pour obtenir la prescription ; c'est entendu, en traînant les affaires, des débiteurs sans scrupule l'obtiendront toujours contre le médecin, car les 365 jours révolus, après la dernière visite, la prescription s'impose fatalement. Si pourtant, comme dans le cas signalé, un ancien client qui est presqu'un ami, demande un délai, comment pourrait-on raisonnablement le refuser ? D'un autre côté, je suppose qu'un médecin fasse une opération et que la dernière visite se fasse vers la fin du mois de janvier ; suivant l'usage, le chirurgien envoie sa note au commencement du mois de janvier de l'année suivante, et si le client ne paie pas le lendemain, on sera réduit à l'assigner dans quelques jours, sous peine de s'exposer à ce que la note ne soit prescrite avant la fin du mois.

Est-il possible d'admettre une interprétation pareille ? Le médecin qui agirait ainsi se rendrait réellement odieux et deviendrait un objet de terreur pour ses clients. J'avais toujours cru que l'esprit des lois était basé sur la loyauté et la justice, et que la jurisprudence constituait la sauvegarde des intérêts moraux et matériels des citoyens.

En fin de compte, on finirait par en douter, car

j'avais un témoin à qui mon client avait avoué sa dette avant de mourir ; croyez-vous que j'aie été autorisé à invoquer son témoignage ? Pas du tout, la prescription est là qui s'y oppose, peu importe de quelle façon elle s'obtienne, peu importe si la dette est due, peu importe encore si l'on peut en produire les preuves ; le délai fatal est passé, et le médecin est sûr de son affaire. Il paiera tous les frais du procès, après toutes les humiliations qu'il a subies en voyant refuser publiquement ses quittances par un héritier subtil, qui n'a jamais osé prononcer un seul mot de peur de compromettre sa cause.

Ne serait-il pas temps, Monsieur le Rédacteur, de demander à notre tour, la revision d'une législation surannée ? Ne serait-il pas équitable que l'on nous accordât le droit commun, et que la prescription de nos honoraires fût étendue à cinq ans au moins ? Tous les efforts réunis du Corps médical ne seront pas de trop pour obtenir le redressement de nos trop justes revendications.

Agréez, etc.

L. WINKELSELS.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Trois cas de blennorrhagie et un cas de chancre syphilitique contractés par le coït ab ore

Par le Dr ARMAND RIZAT.

Dans le *Journal de Médecine de Paris* du 6 décembre 1885, M. Horand, Chirurgien de l'Antiquaille, à Lyon, rapportait un cas de blennorrhagie contractée par le coït *ab ore*, et ce chirurgien considérait ce cas comme unique. A la société de Médecine pratique, dans la séance du 20 mai 1886, M. Cazenave de la Roche présentait une observation analogue, qu'il regarde comme le second cas connu. Je regrette de ne pas partager l'opinion de ces deux médecins, car j'ai observé trois cas de contagion blennorrhagique par le coït *ab ore*. Je les ai déjà publiés dans la *Thérapeutique contemporaine* du 29 janvier 1886, mais je tiens à les reproduire dans le *Concours médical*.

Le premier cas remonte à 1872. Il a trait à un étudiant en médecine qui avait contracté la blennorrhagie d'une façon normale. L'affection avait suivi son cours, et était arrivée à la guérison complète, au point que l'étudiant put avoir, avec d'autres femmes, des rapports normaux sans voir reparaître son écoulement, lorsque douze ou quinze jours après son dernier coït, il pratiqua le coït *ab ore* ; mal lui en prit, car il contracta une nouvelle blennorrhagie dont il eut toutes les peines du monde à se débarrasser.

Le second cas est celui d'un homme marié qui, tout en faisant une infidélité à sa femme, voulut, au moins, s'entourer de toutes les garanties pour éviter une infection vénérienne quelconque, et il pensa, selon l'opinion généralement accréditée parmi les gens du monde, que le coït *ab ore* était le meilleur préservatif de toutes les maladies vénériennes. Malheureusement pour lui, quatre ou cinq jours après, il ressentit quelques picotements dans la verge, et une goutte de pus verdâtre vint lui enlever toutes les illusions qu'il avait sur l'innocuité du coït péno-buccal. Cette goutte de pus fut, bien entendu, suivie de plusieurs autres et quelques jours après, l'infidèle mari était possesseur d'une belle et bonne chaude-pisse qui ne dura pas moins d'un mois et demi, après s'être accompagnée de douleurs en urinant, de douleurs pendant les érections, de contracture spasmodique du col de la vessie, prostatite subaiguë, sans parler des préoccupations morales auxquelles venaient se joindre les questions indiscrètes de Madame qui ne comprenait rien à l'abstinence de son mari. Dans cette occasion je fis de mon mieux pour donner le change à la femme, et tout se passa sans qu'elle soupçonnât la cause de son jeûne forcé.

Quant au troisième cas, c'est celui d'un étudiant en pharmacie qui contracta la blennorrhagie, en pratiquant avec une femme le coït dans une position qui tire son nom d'un chiffre de la numération, et que l'on pourrait désigner sous le nom de *coït arithmétique*. Mais chez ce dernier malade, la blennorrhagie fut bénigne.

Ces trois cas ajoutés à celui de M. Cazenave de la Roche, et à celui de M. Horand, portent à cinq le nombre des faits connus ; mais, à mon sens, les cas de contagion par coït *ab ore* doivent être, je dirais même, sont beaucoup plus nombreux ; seulement les malades n'aiment pas, en général, à avouer la façon dont ils ont contracté la blennorrhagie.

Reste la question d'étiologie.

M. Horand pense qu'au moment où son malade a pratiqué le coït il y avait « dans la bouche de la femme des gonococcus déposés dans un rapport *ab ore* récent ». Je ne conteste pas que les faits puissent se passer ainsi, mais il faut admettre que les deux coïts se sont suivis, pour ainsi dire, presque immédiatement. Mais si un certain laps de temps s'écoule entre les deux rapports, comment admettre que les gonococcus n'aient pas été expulsés ou entraînés par la salive dans les mouvements involontaires de déglutition qui se font à chaque minute à l'état physiologique.

Pour moi, je ne saurais faire intervenir les gonococcus dans l'étiologie des trois cas que je viens de rapporter, et la seule cause qu'on puisse invoquer, c'est l'acte lui-même, c'est la succion de la verge ; car si l'on veut attribuer toutes les blennorrhagies au gonococcus, comment expliquer ces uréthrites qui se produisent après les érections prolongées, après la masturbation, car de semblables faits existent, tous les auteurs les ont observés ; et si ces deux causes sont seules capables, par l'excitation qu'elles provoquent, de produire une uréthrite, sans que l'on puisse, dans ce cas, songer à incriminer les gonococcus, comment la succion qui est une cause beaucoup plus excitante que les deux premières, ne produirait-elle pas une uréthrite ?

Je rangerai plutôt mes trois cas dans la catégorie des uréthrites que l'on observe chez les nouveaux mariés, qui ont fait des excès de coït, chez les réservistes qui regagnent le domicile conjugal après leurs vingt-huit jours, ainsi que j'en ai observé deux cas,

et aussi d'autres confrères ont certainement dû en observer d'analogues sans qu'on puisse soupçonner d'infidélité les deux époux, et sans qu'à plus forte raison, on puisse invoquer la présence du gonococcus.

Ce n'est pas à dire pour cela que je veuille contester l'étiologie microbienne de la blennorrhagie, car j'ai déjà traité cette question dans le *Concours médical* du 30 juin 1883. Mais il y a blennorrhagie et blennorrhagie. L'une est purulente, l'autre est virulente. Les unes sont légères, les autres sont extrêmement intenses, sans que l'on puisse pour cela attribuer l'intensité des douleurs à la présence du gonococcus, car on observe souvent des douleurs très vives en urinant, de la contracture du col, qui n'ont d'autres causes qu'une constipation opiniâtre. La différence entre un écoulement purulent et un écoulement virulent ne peut se faire que par le microscope ; et dans tous les cas cette distinction n'a qu'un intérêt histologique ; car du moment qu'un malade présente un écoulement de l'urèthre, si léger qu'il soit, il ne peut songer à pratiquer le coït.

Quoi qu'il en soit, le coït *ab ore* ne met pas plus à l'abri de la chaude-pisse que le coït normal. Mais enfin si l'on n'attrape qu'une blennorrhagie, il n'y a que demi-mal ; prise à temps, cette maladie n'aura pas une longue durée ; malheureusement le coït *ab ore* ne met pas non plus à l'abri de la vérole, témoin le fait suivant.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, étudiant en droit, se faisait pratiquer le coït *ab ore*. Pendant le cours de l'opération, la femme, par suite d'une fausse manœuvre, lui donna un coup de dent. Deux ou trois jours après, l'étudiant venait me montrer sa verge et je constatais sur le prépuce, tout près du limbe, une petite ulcération irrégulière et suppurant légèrement. Comme le malade était, me dit-il, sûr de la femme, je me contentai de faire appliquer un pansement phéniqué, et l'étudiant partit pour les bains de mer. Il y resta une quinzaine de jours, et lorsqu'il revint me voir je constatai que la plaie s'était agrandie, avait pris une forme ovalaire, était indurée, couverte d'une croûte noirâtre ; j'étais, en un mot, en présence d'un chancre infectant, et le diagnostic me fut confirmé quelques jours plus tard par l'apparition des accidents secondaires. Comme l'étudiant n'avait pas vu d'autre femme que celle-là, on ne peut invoquer d'autre étiologie que des plaques muqueuses buccales. Avis aux amateurs !

Ce fait présente, en outre, une particularité intéressante.

Pendant que le jeune homme était aux bains de mer, et que sa plaie, loin de se fermer, ne faisait que s'accroître en largeur, il consulta un médecin qui lui conseilla comme pansement un glycérolé de tannin et de calomel ; mais alors il se produisit ce fait, c'est qu'après chaque bain le malade éprouvait des douleurs cuisantes au niveau de la plaie, douleurs provenant de ce que le calomel (protochlorure) était transformé en bi-chlorure par l'action du chlorure de sodium de l'eau de mer et passait ainsi à l'état de caustique. Toutes ces complications cessèrent lorsque le malade ne prit plus de bains.

Cas de blennorrhagie contractée dans un rapport « ab ore ».

Par le Dr CAZENAVE DE LA ROCHE (1).

M. le Dr Horand, chirurgien en chef de l'Antiquaille, de Lyon, a publié, récemment, une observation des plus curieuses de blennorrhagie transmise dans des conditions assez insolites, et qui ont d'autant plus attiré mon attention que j'avais moi-même observé un cas absolument semblable, il y a quelques années. Le fait n'est donc pas sans précédent dans les annales syphiliographiques, comme le pense mon distingué confrère de Lyon. Si je me suis abstenu de le publier jusqu'à ce jour, c'est dans la crainte que son invraisemblance ne rencontrât des incrédules, en l'absence de toute explication plausible. Or cette explication, M. le Dr Horand nous la fournit en l'empruntant à la doctrine microbienne. Ma communication a donc ses raisons d'être.

Le fait clinique dont je résume ici la relation remonte à l'année 1868, époque où je soignais, à Pau, une jeune femme phthisique dont le mari vigoureux et plein de sève, dans un louable désir de ménager les forces chancelantes de sa femme, portait souvent au dehors l'excédent d'une continence obligatoire. Ce fut dans une de ces absences du toit conjugal qu'il contracta avec une fille publique une blennorrhagie dans un rapport *ab ore*. Quelques jours après le contact, M. X.... ressentit les prodrômes de la blennorrhagie ; chaleur avec élancements le long du canal de l'urèthre, cuisson et rougeur du méat auxquelles ne tarda pas à se joindre un écoulement caractéristique. Effrayé, M. X.... vint me faire part de sa déconvenue et surtout de sa surprise. Il n'y avait pourtant pas à s'y tromper : la verge présentait bien tous les signes de la blennorrhagie classique : rougeur lisse du gland avec tuméfaction, écoulement déjà jaune verdâtre et purulent, miction douloureuse avec ténesme vésical, et je ne doute pas que si, à cette époque, j'avais eu à ma disposition le précieux contrôle de la technique micrographique et bactériologique, je n'eusse constaté la présence du gonococcus pathognomonique de la blennorrhagie. Les commémoratifs fournis par M. X.... étaient trop précis pour me laisser le plus léger doute sur son caractère contagieux. La fille avec laquelle avait eu lieu le rapport devait indubitablement présenter, sur un des points de la muqueuse buccale ou pharyngienne, une lésion pathognomonique de la maladie contractée. Sur les instances de M. X...., je me rendis chez cette femme qui voulut bien se soumettre à un examen que je pratiquai, je dois le dire, de la façon la plus scrupuleuse. L'inspection minutieuse de la bouche et de la gorge, du système cutané dans son ensemble, enfin l'examen au spéculum ne me donnèrent que des résultats absolument négatifs ; la bouche était parfaitement saine, l'haleine fraîche ; du côté des organes génitaux, rien de suspect ; pas de syphilides à la peau. Bien grand fut mon étonnement.

(1) Société de médecine pratique, séance du 20 mai 1886. — C'est l'observation à laquelle fait allusion notre collaborateur, M. Rizat, dans l'article précédent. (*Note de la Réd.*)

Comme il n'était pas admissible que la succion même la plus énergique pût à elle seule déterminer une blennorrhagie, surtout sur un sujet qui n'en avait jamais été atteint, je conclus que j'avais mal vu.

Aujourd'hui, l'observation similaire publiée par M. le Dr Horand me donne le mot de l'énigme. Aussi je n'hésite pas à croire, avec mon honorable confrère de Lyon, qu'il existe dans la bouche de la fille publique des gonococcus déposés dans un rapport *ab ore* précédent et très probablement de fraîche date.

Je n'ai pas besoin de dire que la blennorrhagie suivit son cours habituel et qu'elle céda au bout de quelques semaines aux moyens généralement employés.

Indépendamment de l'intérêt clinique que lui donne sa rareté, puisque c'est seulement le second cas connu, cette observation démontre que le contact *ab ore* ne jouit pas de l'immunité contagieuse qu'on lui attribue généralement, sans signaler ici les désordres graves qu'il entraîne du côté de l'axe cérébro-spinal.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Bureaux des Syndicats.

1886 (*suite*).

Bureau du syndicat de Lamballe (Côtes-du-Nord).
Président : Drs Bédol, à Lamballe.
Vice-président: Hercoet, id.
Secrétaire : Codet, id.
Assesseurs : Issaly, à Plénée.
id. Legault, à Broons.

Bureau du syndicat de Domfront (Orne).
Président : Drs Onfray, métairie de Flers.
Secrétaire-Trésorier : Bidard, Domfront.
Assesseurs : Berrué, de Briouze.
id. Guérin, de Flers.

Bureau du syndicat de Solesmes (Nord).
Président : Drs Descamps, de Saulzon.
Vice-président : Leroy, d'Haussy.
Secrétaire : Fontaine, de Saint-Aubert.

Syndicat médical d'Indre-et-Loire.

Nous avons reçu la lettre suivante que nous sommes heureux de porter à la connaissance des lecteurs du *Concours*. C'est une nouvelle preuve du réveil du sentiment de la solidarité que nous nous efforçons chaque jour de développer davantage dans le corps médical.

Mon cher confrère,

J'ai le plaisir de vous apprendre que, dans sa séance d'hier, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire a voté son agrégation à l'union des Syndicats.

De plus, il a mis une somme de 100 francs à la disposition du syndicat du Havre pour l'aider à solder les dépenses du procès du confrère qu'on voulait forcer à violer le secret professionnel.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes meilleurs sentiments.

Dr Edmond Chaumier.

Grand-Pressigny.

Syndicat médical de Lamballe (Côtes-du-Nord).

Réunion du 27 avril 1886.

La séance est ouverte à une heure sous la présidence du Dr Bédel.

Dans cette réunion qui a été assez courte, le syndicat s'est occupé :

1° Du recouvrement des honoraires. A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, où cette question avait été spécialement discutée, M. le président fait quelques observations au sujet de l'emploi des moyens coërcitifs. Faut-il employer ceux-ci vis-à-vis de tous les clients, même de ceux que l'on est tenté de ménager pour divers motifs ?... Après une courte discussion, le syndicat est d'avis qu'il faut toujours les employer quand on a affaire à des clients peu sûrs et qu'il serait inutile et imprudent de ménager.

2° Création d'un Ordre des médecins. — L'assemblée, considérant cette innovation comme peu nécessaire dans l'organisation actuelle du corps médical qui ne peut être assimilé au corps des notaires ou des avocats, etc., et jugeant que les syndicats médicaux peuvent suffire à tous les besoins de la corporation, quand ils seront reconnus par la loi, repousse la proposition de création d'un ordre de médecins.

M. le président donne ensuite lecture d'une lettre du Dr Moy, de Moncontour, qui envoie sa démission sous prétexte de l'impossibilité où il est d'appliquer les statuts du syndicat dans sa circonscription, vis-à-vis d'un confrère non syndiqué. Le syndicat invite M. le président à écrire au Dr Moy pour lui faire remarquer que ce cas est précisément prévu par les statuts, qu'il peut régler sa conduite vis-à-vis d'un médecin non syndiqué, suivant les circonstances et les nécessités locales ; que sa démission est, en conséquence, insuffisamment motivée et que les membres du syndicat espèrent toujours voir à leurs réunions cet excellent confrère dont ils regretteraient l'absence.

La prochaine réunion du syndicat est fixée à Pléneuf à la station balnéaire du Val-André. Elle aura lieu vers la fin du mois d'août. Des voitures prendront à la gare de Lamballe les médecins qui désireront y assister.

Avant de se séparer, communication est donnée des noms de certains clients récalcitrants des régions limitrophes des cantons de Lamballe et de Jugon et il est décidé que cette mesure de prudence sera généralisée à la prochaine réunion.

La séance est levée à deux heures.

Le secrétaire-trésorier,
Dr G. Codet.

Syndicat médical de Narbonne

Médecins et Compagnies d'Assurances-Accidents

Dans la réunion des délégués des syndicats qui a eu lieu à Paris le 9 août dernier, la question fort complexe des rapports des médecins avec les Compagnies d'Assurances *Accidents*, a été mise à l'ordre du jour. Après avoir entendu le rapport de M. Gibert, du Havre, dont on a pu lire le compte rendu dans le journal le *Concours*, l'Assemblée a décidé que la fixation des tarifs pour les honoraires médicaux à réclamer aux susdites Compagnies sera laissée à la décision de chaque syndicat.

Parmi les syndicats qui se sont occupés de cette question, la plupart ont fixé le tarif à 6 ou 7 francs par sinistre constaté, et un petit nombre, celui de Corbeil par exemple, ont adopté et fait accepter par les Compagnies un prix plus élevé, 10 francs par sinistre.

Tous sont d'accord que moyennant cette rétribution, même celle de 10 francs, la mission du médecin doit être exclusivement de procéder à la constatation de l'Accident et de la guérison, et de fournir ensuite à la Compagnie un rapport succinct sur le diagnostic de la blessure, et sur la durée de l'incapacité de travail ; que, conséquemment, le médecin doit formellement refuser de prendre vis-à-vis de la Compagnie l'engagement de soigner les blessés.

On est aussi unanime à demander une allocation de 1 franc par kilomètre quand il y a déplacement pour faire la constatation.

Dans les grands centres, Lyon par exemple, où le médecin d'une Compagnie-accidents aura dans le courant de l'année un nombre considérable de cas à constater et où presque toujours les blessés sont immédiatement hospitalisés, le prix de 6 francs est une rétribution assez rémunératrice. On cite des médecins de grandes villes qui réalisent, comme médecins de Compagnies d'Assurances, de cinq à six mille francs, sans que leur clientèle ordinaire en souffre. Mais dans une petite ville le nombre des assurés est restreint et celui des accidents quelquefois minime. D'autre part, quoiqu'il soit convenu avec la compagnie que le médecin n'aura pas des soins à donner au blessé, le plus souvent on ne peut humainement se dispenser de prescrire les premiers soins, surtout si le médecin est seul dans la localité. Dans ces conditions, le prix de 10 francs par accident ne serait nullement exagéré.

Pourrait-on dans notre région faire accepter par toutes les Compagnies-accidents, le tarif de 10 francs?

Quant à présent, je crois la chose bien difficile ; il faudrait pour cela que nous fussions mieux groupés pour nos intérêts que nous ne le sommes ; il faudrait qu'il s'établit dans le corps médical français, par l'extension des syndicats et leur union entre eux, une solidarité plus étroite et plus générale (j'ai foi en l'avenir ; le résultat du procès de Domfront saurait arrêter l'élan qui a été donné).

Malgré les tarifs humiliants imposés naguère encore à leurs médecins (4, 5, 6 francs au maximum par accident constaté, soigné et liquidé), les Compagnies-accidents avaient toujours trouvé des médecins signant des engagements si contraires à leurs intérêts. Aujourd'hui, grâce à la résistance isolée, mais énergique de quelques médecins, grâce surtout à celle des syndicats, la plupart des compagnies ont dû faire d'autres conditions à leurs médecins ; elles paient en général 6 ou 7 francs par sinistre pour la double constatation (accident et guérison) et n'obligent plus, comme autrefois, le médecin à donner des soins aux blessés.

Pour ne pas perdre d'assurés, quelques Compagnies ont même consenti parfois à payer non seulement les frais de constatation, mais tous les soins nécessités par une blessure quelconque. J'ai pu obtenir ce résultat avec l'*Abeille* et la *France Industrielle*.

Je tiens essentiellement à mettre en garde mes confrères contre un système déloyal, employé par certaines compagnies d'Assurances, telle que la *Préservatrice*. Elles disent explicitement au médecin, elles le lui écrivent même : « Votre mission consiste à constater les accidents et vous n'êtes nullement chargé de donner des soins aux blessés. »

En même temps, quoique, sur la police, il ne soit pas question de soins médicaux, ainsi que j'ai pu m'en assurer au sujet de la *Préservatrice*, elles donnent aux patrons des instructions contradictoires desquelles il résulte clairement que le médecin de la Compagnie aura à soigner jusqu'à complète guérison tous les blessés sans distinction. Ces instructions, qui sont même placardées dans le bureau de l'entrepreneur et par conséquent connues de tous les ouvriers auxquels par le fait de l'assurance on retient cinq centimes par jour, ces instructions, dis-je, ne peuvent que créer une situation équivoque et susciter quotidiennement des difficultés regrettables au médecin soit avec le patron, soit avec les ouvriers.

Il importe donc de réagir contre cette manière de procéder et d'exiger impérieusement des Compagnies que la situation du médecin vis-à-vis des assurés, ne soit pas ambiguë, mais nette et précise.

Il existe une autre catégorie d'Assurances-accidents, la *Royale Belge*, par exemple, qui n'a pas de médecin à sa solde. C'est l'assuré qui doit faire constater à ses frais les sinistres. Seulement, la Compagnie a le soin de fournir à ses assurés des imprimés avec un questionnaire complexe que doit remplir le médecin, questionnaire qui a trait non seulement à l'accident, mais aux maladies antérieures ou intercurrentes du blessé secrètes ou non. Ce système crée une situation inacceptable au médecin qui n'a reçu aucun mandat de la Compagnie et qui est lié envers son client par tous les devoirs du médecin traitant; il met en péril à chaque instant sa réputation, son honneur, en somme la dignité de sa profession. A la suite des considérations diverses que je viens de brièvement exposer, voici les résolutions que j'ai l'honneur de soumettre à la réunion :

1° La rétribution acceptée par les médecins du syndicat de la vallée du Rhône des compagnies accident ne sera pas inférieure à 6 francs par sinistre constaté.

S'il y a déplacement, exiger en plus une allocation de 1 ou 1 fr. 50 par kilomètre.

2° La mission du médecin se bornera à constater

l'accident et la guérison du blessé. Les soins, pansements et opérations seront payés à part et à moins d'engagement formel de la Cie laissés sous la responsabilité de l'entrepreneur. Après l'accident, ce dernier sera immédiatement avisé par le médecin que les honoraires des soins à donner au blessé demeurent à sa charge et que le montant lui sera réclamé.

3° Exiger des Cies que sur les bulletins délivrés aux ouvriers et dans les instructions données aux entrepreneurs assurés il soit indiqué d'une manière explicite que le médecin de la Cie est chargé seulement des constatations et non du traitement des blessés. »

4° Quant aux Cies accident n'ayant pas de médecin attaché, il y a lieu de refuser de répondre au questionnaire, tel qu'il est généralement établi. Le certificat délivré par le médecin traitant doit contenir simplement le diagnostic de la blessure et la durée de l'incapacité de travail.

MICROBIOLOGIE CLINIQUE

Procédé rapide de coloration des bacilles de la tuberculose (Frankel).

Il consiste à chauffer la liqueur colorante rouge d'Ehrlich et à décolorer ensuite dans un liquide contenant à la fois de l'acide nitrique et du bleu de méthylène. On fait d'abord bouillir dans un tube de verre 2 à 3 centimètres cubes de la solution suivante :

Eau distillée	100 grammes.
Huile d'aniline	3 —
Alcool pur	5 —

On verse dans une petite capsule, en ajoutant 4 ou 5 gouttes d'une solution très foncée, de fuchsine ou de rouge Magenta. On laisse la lamelle pendant 4 à 5 minutes ; on la retire et on la plonge pendant 2 minutes dans le liquide suivant qui est préparé d'avance et filtré.

Eau d'aniline	30 grammes.
Acide nitrique	20 —
Alcool pur	50 —
Bleu de méthylène à saturation.	

La lamelle est lavée à l'eau distillée, puis déshydratée par l'alcool absolu, séchée et montée dans le baume.

(Cornil et Babès. — *Les Bactéries*, 2e édition.)

NOUVELLES

Association française pour l'avancement des sciences. — La quinzième session de l'Association française s'ouvrira à Nancy le 12 août 1886.

Elle se composera : 1° D'une séance d'ouverture ; 2° De séances de sections et de groupes ; 3° De conférences publiques ; 4° De séances générales ; 5° De visites scientifiques et industrielles ; 6° D'excursions. Les travaux du Congrès seront distribués conformément au programme général suivant :

Jeudi 12 août, 2 heures et demie : Séance d'ouverture. Le soir, réception à l'Hôtel-de-Ville. — Vendredi 13 août : Le matin, séances de sections. Après-midi, visites scientifiques et industrielles. Le soir, conférences. — Samedi 14 août : Le matin, séances de sections. Après-midi, séance générale. — Dimanche 15 août : Excursion. — Lundi 16 août : Le matin, séances de sections. Après-midi, visites scientifiques et industrielles. — Mardi 17 août : Excursion générale. — Mercredi 18 août : Le matin, séances de sections. Le soir, conférence. — Jeudi 19 août : Le matin, séances de sections. Après-midi, séance de clôture. — Vendredi 20 août et jours suivants : Excursions finales.

— Le concours d'agrégation pour les sciences physiques et chimiques près les facultés de médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Pour Paris : M. Villejean ; — Pour Lyon : MM. Hugouneng, Florence et Didelot ; — Pour Montpellier : M. Malosse ; — Pour Nancy : M. Guérin ; — Pour Lille : MM. Lambling, Morelle, Thibaut.

Distinctions honorifiques. — Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1886, des médailles d'honneur en or et en argent ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du courage et du dévouement dont elles ont fait preuve au cours des épidémies cholériques de 1884 et 1885-86 :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Bernard, médecin des épidémies de l'arrondissement de Forcalquier ; Michel (d'Annecy) ; Salvan, aux Mées ; Fabre, directeur de l'asile d'aliénés de Saint-Lizier ; Barthes, à Marseille ; Boulian à Salon ; Corsy, à Aubagne ; Eyriés, à Marseille ; Fauré, à Marseille ; Félix, à Mallemort ; Flaissières, à Marseille ; Giraud fils, à Marseille ; Honorat, à Marseille ; Mascle, à Châteaurenard ; Maurin, à Marseille ; Rouquette, à Marseille ; Sicre, à Saint-Marcel ; Charrin, chef du laboratoire de pathologie générale à la Faculté de médecine de Paris ; Galzain, à Concarneau ; Hébert, à Audierne ; Le Tersec, médecin de la marine ; Charvet, à Rochesadoule ; Hermantier (du Gard) ; Camino, à Hendaye.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Rouquette, à Olonzac ; Adoul, à Saint-Louis, près Marseille ; Amic, André, Aurigo, Balata, Bastide, Batigne, Beaudoin, Benet, Blitz, Bouisson, Burlot, Cambon, de Capdeville, Cassius, Cavaillé, Chabert, Chancol, Chatelain, Chevillon, Clément, Coulonne, Courbassier, Courreau, Cousin, Dalmas, Ferrand, Fioupe, Flavart, Froment, Gallerand, Garnier, Giraud, Gourrier, Goy, Graugnard, Inglessi, Jauffret, Lachaux, Larche, Marnac, Maunier, Maurel, Mérentié, Payan, Pourrière, Raynaud, Robiolis, Roméo, E. Rossi, J.-B. Rossi, Rostan, Roubaud, Rouit, Savornin, Sicard, Sollier, à Marseille ; Roque, Valérion, à Salon ; Roudard, à Grans ; Bizien, à Douarnenez ; Coffec, à Quimper ; Cosmao, à Pont-Labbé ; Gouzien, médecin-major ; L'Helgouach'h, médecin de la marine ; Néis, à Pont-Croix ; Nicolas, à Douarnez ; MM. Aubin, Cotte, Dalmas, Galibert, Imbert, Jacques, Laplane, Pagliano, Rossano, Schenel, Wallich, internes des hôpitaux de Marseille ; Archigoni, Augias, Bar, Battini, Bonnefoi, Costa, Gil, Icart, Swende, Tassot, externes des hôpitaux de Marseille ; Delpech, interne à l'asile d'aliénés de Saint-Lizier ; Nogués, interne à l'asile d'aliénés d'Aix ; Lange, Rancourel, étudiants en médecine ; Capdeville, pharmacien à Aix ; Maurin, pharmacien à Marseille ; Bec, élève en pharmacie à Marseille ; Borel, étudiant en pharmacie à Salon.

— Pendant la durée des vacances de la Faculté, les professeurs de clinique seront remplacés dans leur service par MM. les agrégés dont les noms suivent :

Hôtel-Dieu. — Clinique médicale : M. Robin. — Clinique chirurgicale : M. Peyrot. — Clinique ophthalmologique : M. Peyrot. — Hôpital de la Pitié. — Clinique médicale : M. Quinquaud. — Clinique chirurgicale : M. Kirmisson. — Hôpital de la Charité. — Clinique médicale : M. Landouzy. — Clinique chirurgicale : M. Bouilly. — Hôpital Necker. — Clinique chirurgicale : M. Paul Segond. — Hôpital Saint-Louis. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : M. Hanot. — Hôpital de la clinique d'accouchements. — Clinique obstétricale : M. Ribemont. — Hôpital de la Salpêtrière. — Clinique des maladies nerveuses : M. Raymond. — Hôpital des Enfants-Malades. — Clinique des maladies infantiles : M. Hutinel.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Huitième année | N° 33 | 14 Août 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Traitements de la coqueluche.

Comme complément à ce que nous avons dit dans un précédent numéro relativement aux *insufflations de poudre de café et d'acide borique dans les fosses nasales* des enfants atteints de coqueluche, nous ajouterons les renseignements suivants fournis par M. le Dr *Guerder* qui a perfectionné la méthode de Michaels (de Hambourg) :

« Le café torréfié contient encore beaucoup d'eau ; après l'avoir moulu, on le fait sécher sur un feu doux ; puis on le pulvérise au mortier en poudre fine ; on fait sécher de nouveau pendant deux heures et on y mélange l'acide borique. Cette poudre est un peu grasse et se tasse facilement, mais pas assez toutefois pour qu'on ne puisse l'insuffler aisément. On peut se servir d'un tube en verre, d'une plume d'oie ou d'un insufflateur à poire en caoutchouc. Si on emploie ce dernier instrument, dans lequel la poudre en sortant du réservoir passe par un tamis qui la divise pendant la projection, il faut avoir soin d'agiter préalablement l'instrument et de comprimer assez vivement la poire. »

Puisque nous en sommes à parler des traitements de la coqueluche, signalons la pratique de M. le Dr GAY (de Dion), qui consiste à *cautériser l'ulcération sublinguale* au nitrate d'argent, et comme adjuvant, à badigeonner l'intérieur de la bouche avec un linge trempé dans la mixture suivante : miel 30 grammes — acide chlorhydrique, 30 gouttes. Notre confrère parle de coqueluches, qu'il aurait guéries ainsi en 5 jours et 9 jours (1).

(1) *Gazette des hôpitaux*, 3 août 1886.

La rubéole.

M. *H. Desplats* (de Lille) (1) vient d'en observer une épidémie dans un pensionnat. Les malades avaient entre 15 et 20 ans. La rubéole est aussi contagieuse que les autres fièvres éruptives et a son individualité spécifique bien nette : on n'en est pas préservé par une atteinte antérieure de rougeole ou de scarlatine. Il n'existe aucun malaise prodromique, et c'est souvent après une nuit d'excellent sommeil que le malade s'aperçoit de l'éruption qui s'est produite. Pourtant il est un symptôme qu'on peut percevoir, quand on le recherche en temps d'épidémie : c'est une légère adénopathie mastoïdienne qui précède d'un ou deux jours l'éruption.

Celle-ci siège habituellement sur le front, les joues, la poitrine, le dos des mains. Elle consiste en petites élevures rouges, souvent confluentes, sans que cette confluence modifie en rien l'absolue bénignité de l'état général. Jamais les muqueuses oculaire, nasale et bronchique ne sont atteintes.

A l'éruption succède une desquamation furfuracée. Pendant quelques jours encore peut persister une légère tuméfaction des ganglions cervicaux, qui ne suppurent que très exceptionnellement.

Disparition de l'ascite au cours de la cirrhose alcoolique (2).

Aux cas précédemment signalés (3), on peut ajouter les deux que M. *Troisier* vient de publier. Ce médecin distingué se demande quelle est l'interprétation la plus convenable des faits de ce genre.

(1) Soc. des hôpit. (23 juillet 1886).
(2) Soc. médic. des hôpitaux (23 juillet 1886).
(3) *Concours médical* (juillet 1886).

S'agit-il bien de cirrhose vraie et l'ascite est-elle en pareil cas sous la dépendance de l'étouffement des rameaux intra-hépatiques de la veine porte ? Faut-il admettre avec M. Leudet que l'ascite peut résulter d'une irritation du péritoine ? S'il s'agit bien de cirrhoses, faut-il penser, comme M. Dieulafoy, que dans cette maladie l'ascite qui survient à une époque voisine du début est surtout le résultat de lésions des origines péritonéales des vaisseaux portes ?

L'opinion de M. Troisier est différente. Il est disposé à admettre :

1° Que certaines formes d'hépatite alcoolique peuvent avoir un processus subaigu ;

2° Que l'exsudat, au lieu de s'organiser en tissu fibreux, peut se résorber graduellement et permettre le rétablissement de la circulation ;

3° Que la cirrhose vulgaire, même à la période confirmée, peut subir un temps d'arrêt et rétrocéder, le pronostic étant ainsi moins constamment sombre qu'on ne l'a enseigné jusqu'ici.

M. *Dieulafoy* a cité, à l'appui de l'opinion dont nous parlions plus haut, deux observations d'hydropisie péritonéale causée par des lésions, histologiquement démontrées, des rameaux d'origine du système porte.

M. *Letulle* fournit comme preuve de la nature quelquefois inflammatoire de l'épanchement ascitique l'observation d'une femme alcoolique de 46 ans, atteinte d'ascite récente. Le liquide retiré par ponction, avait par sa composition chimique (richesse en fibrine), les caractères de l'exsudat péritonitique, et non des épanchements séreux par hydropisie de cause mécanique.

Le cœur et les grosses tumeurs de l'abdomen.

M. Pierre Sebileau a lu à la Société de biologie l'intéressante note qui suit : « J'ai observé dans le service de M. Terrillon, chez quelques malades atteintes de volumineuses tumeurs de l'abdomen, un certain nombre de complications cardiaques. Quoique je n'aie point constaté l'existence des troubles primitifs du cœur droit, récemment décrits par Rose (de Zurich), et rappelés par Ch. Nélaton, j'admets leur possibilité et je les interprète par la mise en jeu d'un réflexe comparable à celui par lequel se produisent les ectasies du ventricule droit à la suite des affections gastro-hépatiques (théorie du professeur Potain, démontrée vraie par les expériences de Morel, d'Arloing, etc).

Les troubles que j'ai observés existaient surtout du côté du cœur gauche : ce sont eux qui sont de beaucoup les plus fréquents, et les altérations fonctionnelles du cœur droit, suivant en cela la loi générale de la pathologie cardiaque, seraient souvent secondaires.

Ces lésions du cœur gauche sont, suivant les cas, ou de *l'hypertrophie* ou de *la dilatation*. Ces deux états marquent, du reste, une période différente dans l'évolution d'un même processus ; ils peuvent aussi coexister.

L'hypertrophie se traduit par peu de signes ; elle est d'autant plus difficile à constater que la tumeur, refoulant le diaphragme, ne permet pas de juger du volume du cœur, et annihile en partie les résultats de la percussion. Le bruit de galop n'a jamais été observé.

La dilatation, qui produit une insuffisance mitrale, se traduit par les symptômes de cette affection (souffle systolique à la pointe, frémissement cataire, etc).

Au point de vue de l'interprétation de ces troubles fonctionnels, on peut faire six hypothèses sur l'origine de l'augmentation de pression dans le système aortique : 1° compression des gros vaisseaux de l'abdomen ; 2° excès de pression dans la circulation abdominale générale ; 3° augmentation du champ circulatoire ; 4° lésions rénales secondaires par compression des uretères ; 5° spasme réflexe des capillaires généraux ; 6° altération du sang. Mais, en définitive, l'augmentation de pression, quelle que soit son origine, est la condition *sine quâ non* de l'existence de l'hypertrophie et de la dilatation.

Au point de vue de la fréquence de ces troubles fonctionnels du cœur gauche, je ne crois pas qu'on puisse encore formuler une loi, les observations étant trop peu nombreuses. La résistance des tumeurs, leur vascularisation, leur nature utérine, semblent être, jusqu'à présent, les meilleures conditions d'existence des hypertrophies, des dilatations du ventricule gauche et de l'insuffisance valvulaire qui en est la conséquence. »

Paralysie périodique.

Le docteur *Cousot* (de Dinant) observe en ce moment une famille de dix personnes dont cinq sont atteintes de paralysie périodique ; la relation d'un de ces cas fera juger des autres : un homme de trente-quatre ans, sain et robuste, sans antécédent pathologique appréciable, est atteint d'accès de paralysie qui reviennent chaque jour ; l'accès dure de huit à dix heures, il atteint les quatre membres et le tronc, et respecte les muscles de la tête ; l'intelligence reste intacte ; on observe une sudation notable pendant la durée de l'accès. L'électricité ne détermine pas la moindre contraction musculaire ; si l'on emploie un courant d'une grande intensité, le malade se plaint d'une douleur sourde, mais la contraction musculaire ne se produit pas. Comme étiologie, on ne trouve rien ; le malade n'a été atteint d'aucune maladie générale infectieuse ou autre. Le premier cas de paralysie périodique qui ait été signalé appartient au docteur Gavarret (de Toulouse) ; ce cas a guéri par l'emploi du sulfate de quinine ; l'origine du mal n'est pas la même dans les cinq cas dont nous parlons, car d'une part il n'y a pas et il n'y a jamais eu de fièvre paludéenne, ensuite le volume du foie et de la rate est normal chez les cinq sujets, et enfin l'emploi du sulfate de quinine s'est montré impuissant dans les cinq cas ; l'impaludisme ne peut donc être invoqué

ici comme cause étiologique ; c'est un sommeil périodique des muscles, dont l'étiologie reste dans l'obscurité la plus complète ; l'observateur n'a obtenu aucun résultat d'aucune médication. (Communication de M. *Masoin* à l'Académie de médecine de Belgique.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 Août).

Une lettre du ministre de l'intérieur met à la disposition de l'Académie une somme de 2,000 fr. pour récompenser les auteurs des meilleurs mémoires sur la mortalité des enfants du premier âge.

M. Le Fort présente un volumineux fibrôme utérin sous-péritonéal (9 livres) qu'il a extrait par la gastrostomie, et un utérus en inversion qu'il a enlevé par le vagin au moyen de la ligature élastique.

La discussion sur l'*alcoolisation des vins* a continué ; un incident a été d'abord soulevé par M. Gallard qui a protesté contre la clôture de la discussion générale, tandis que la majorité de ses collègues a été d'avis de passer à l'examen successif des nouvelles conclusions de la Commission.

Puis M. Bergeron a relu comparativement le texte des premières conclusions de la Commission et celui des nouvelles, en indiquant les motifs qui avaient dicté les changements, motifs puisés tous dans les discours des premiers orateurs.

La discussion a recommencé ensuite sur la première conclusion, qui, on s'en souvient, déclare nuisible l'alcoolisation des vins telle qu'elle se pratique aujourd'hui, et autorise seulement, pour les besoins du transport, le sucrage des moûts avec des sucres cristallisés.

M. *Riche* fait observer que la rédaction de cet article semble sous-entendre que l'alcoolisation par l'alcool de vin ne sera pas nuisible, le jour où l'industrie pourra la pratiquer. Or l'alcool de vin lui-même renferme une certaine quantité de ces alcools supérieurs qui rendent dangereux actuellement les alcools industriels. M. Riche croit que l'alcoolisation avec des alcools parfaitement purs sera toujours préférable même à celle qui se ferait avec l'alcool de vin. Il aimerait donc mieux rédiger une conclusion par laquelle on proscrirait d'une façon absolue le vinage avec des alcools impurs, quelle que soit d'ailleurs leur source tout en tolérant le vinage avec des alcools parfaitement purs.

L'installation de laboratoires d'analyse que l'Académie réclame existe déjà dans plusieurs villes de douanes et dans les villes sucrières.

Enfin M. Riche voudrait qu'on substituât dans la rédaction « sucres *raffinés* » à sucres cristallisés ; car des sucres non raffinés peuvent cristalliser et rester cependant défectueux au point de vue de l'hygiène.

M. *Chatin* rejette complètement l'addition de tout alcool. Le vinage par addition de sucre à la cuve au moment de la fermentation est préférable parce que le sucre ainsi traité ne donne pas seulement de l'alcool, mais aussi de l'acide succinique, de la glycérine et autres composés moins connus qui entrent dans la composition normale du vin.

Les raisins secs ne sont pas aussi favorables ; le sucre qu'ils contiennent est interverti, altéré ; le tannin et les matières colorantes en ont disparu par oxydation. Le vin de raisins secs étant d'une coloration blanc-jaunâtre, on sera obligé d'y ajouter une matière colorante artificielle.

M. *Gallard* a refait à peu de chose près son premier discours pour essayer de démontrer que l'alcoolisation n'est pas plus nuisible que le mouillage. Il refuse de regarder le vin comme un aliment vivant. Par ce seul fait que c'est un produit de fermentation, le vin est un corps mort, dans lequel se sont développés des organismes vivants. Il ne croit l'alcoolisation dangereuse que par son excès et raconte l'histoire d'un vigneron bourguignon qu'il tient de Bouchardat. Cet homme, ayant supporté impunément l'usage de grandes quantités de vin de Bourgogne, mourut alcoolique parce qu'il continua ses excès une année où la récolte avait donné un vin particulièrement riche en alcool.

Il n'admet pas la possibilité de constater chimiquement l'alcoolisation du vin et critique l'adoption d'une moyenne de 10 % établie par M. Girard au laboratoire d'analyse, alors que les vins contiennent de 6 à 20 %. Les moyennes n'ont aucune valeur ; la vie moyenne est de 38 ans, or 38 ans est peut-être l'âge où on meurt le moins. M. Gallard propose à l'Académie de revenir à ses conclusions de 1870.

M. *Rochard* réplique à M. Gallard. Il s'élève contre la théorie d'après laquelle, sous prétexte que le vin n'est pas un liquide de composition constante, on peut y ajouter sans inconvénients certaines substances. Il ne croit pas que le danger du vin provienne seulement de la quantité d'alcool qu'il contient comme semblerait le montrer l'anecdote du vigneron de Bouchardat ; si ce buveur est mort uniquement parce que sa récolte de vin était plus riche en alcool, c'est qu'il n'avait pas la vie dure.

M. Rochard persiste à penser qu'il faut proscrire le vinage en laissant au gouvernement le soin d'apporter des atermoiements à cette proscription dans certains cas déterminés.

M. *Daremberg* rectifie une assertion de M. Gallard relative à la pratique du laboratoire municipal. M. Girard n'applique jamais la moyenne qu'aux vins fabriqués. « A ceux du Clos-Bercy ? » riposte M. Gallard, qui décidément a le mot pour rire. Sur cette boutade, l'Académie décide que la suite de la discussion est renvoyée à une époque indéterminée, le Congrès de Nancy et les vacances devant tenir éloignés de l'Académie bon nombre de ses membres jusqu'à nouvel ordre.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement des kystes hydatiques du poumon par la pneumotomie (1).

La chirurgie des organes contenus dans la cage thoracique a fait depuis quelque temps des progrès qui promettent de rivaliser bientôt avec ceux de la chirurgie abdominale elle-même. M. le Dr Bouilly vient de rapporter un fait des plus intéressants dans lequel son intervention hardie a été suivie de succès. Un homme de 46 ans avait eu à la fin de 1876 une vomique pulmonaire consécutive à l'ouverture dans les bronches et à la suppuration d'un kyste hydatique du poumon. L'évacuation spontanée soulagea notablement ce malade, mais il restait une vaste cavité qui, au lieu de revenir sur elle-même, continua de suppurer et d'affaiblir le patient. Néanmoins il résista pendant assez longtemps à cette cause d'affaiblissement, bien que le pus décomposé dans le poumon au contact de l'air fût d'une fétidité repoussante, infectant celui qui le produisait et aussi tous ceux qui se trouvaient en rapport avec lui. Dans la dernière année toutefois, l'état général devint mauvais, les quintes de toux étaient plus fréquentes et plus fatigantes, la dyspnée augmentait, et le patient avait notablement maigri. L'opération fut alors décidée. L'auscultation permit de reconnaître le siège exact de la caverne et aussi l'absence d'altérations tuberculeuses du poumon. M. Bouilly procéda alors de la façon suivante : Un large lambeau cutané en forme d'U à base supérieure fut tracé de façon à ce que sa portion la plus large répondit aux 4e et 5e côtes et aux espaces correspondants. Les muscles grand et petit pectoral furent divisés verticalement, puis une portion de 6 à 7 centimètres des côtes sus-indiquées fut réséquée afin de faire une large fenêtre répondant au niveau de la caverne. Un trocart fut alors enfoncé dans celle-ci et servit de guide au bistouri qui traversa successivement et dans une direction transversale, la plèvre, puis une épaisseur de un centimètre de tissu pulmonaire hépatisé. On était dans la caverne. A ce moment la tranche de tissu pulmonaire donna naissance à un écoulement de sang assez abondant ; la pénétration de celui-ci dans les bronches ayant provoqué quelques signes d'asphyxie, M. Bouilly se contente de tamponner la cavité avec de la gaze iodoformée, sans la moindre tentative de lavage qui eût été très dangereuse. Les suites de cette intervention hardie ont été des plus heureuses, la fétidité de la suppuration a disparu comme par enchantement, la poche s'est assez rapidement rétractée, si bien qu'au moment de la communication à la Société de chirurgie, elle était presque complètement fermée.

Au dernier congrès des Chirurgiens Allemands (2), Israël (de Berlin) a relaté un fait très intéressant, qui mérite être rapproché de celui de M. Bouilly, et dans lequel il fut obligé d'opérer d'urgence pour des phénomènes menaçant l'existence à bref délai. Une jeune femme de 25 ans avait depuis près d'une année des douleurs dans le côté droit de la poitrine et était prise, depuis peu, de dyspnée et de crachats sanguinolents. Le côté droit du thorax était saillant, le murmure vésiculaire descendait de la troisième à la cinquième côte dans l'inspiration la plus profonde ; là aussi se terminait la sonorité. Les positions diverses de la malade ne modifiaient en rien ces perceptions. Israël porta le diagnostic de tumeur probablement kystique en rapport avec le tissu pulmonaire lui-même, vu l'expectoration sanguinolente. Une ponction exploratrice pratiquée séance tenante confirma le diagnostic et amena un liquide clair caractéristique des kystes hydatiques. Mais aussitôt la malade fut prise de quintes de toux violentes et rendit en quelques heures par la bouche et le nez environ 500 à 600 gr. de liquide sanguinolent rosé, et spumeux. La dyspnée augmenta, et 24 heures après l'état était si grave qu'Israël se décida à intervenir. Il réséqua alors 7 centimètres de la sixième et de la septième côte, ouvrit la plèvre, traversa une épaisseur de tissu pulmonaire qu'il évalue à 3/4 de centimètre, et tomba sur un kyste hydatique de la grosseur d'une tête d'adulte, adhérant par sa base au diaphragme, mais ne se continuant pas avec le foie. Il contenait un grand nombre de vésicules filles. Après avoir présenté quelques accidents de broncho-pneumonie, la malade guérit très bien.

Israël tire de ce fait des conclusions utiles à rappeler ici : On est rarement, dit-il, amené à guérir les kystes hydatiques du poumon à cause de la difficulté extrême de porter un diagnostic exact. Quand ils sont ouverts dans les bronches, souvent on n'opère pas parce que l'on espère la guérison spontanée. Quand le kyste remplit bien la cavité thoracique, on peut opérer en un seul temps, mais, s'il y a encore une certaine rétraction inspiratoire du poumon, il vaut mieux opérer en deux temps, faire l'incision des plans superficiels et la résection costale sans toucher à la plèvre pariétale, puis tamponner la plaie afin de provoquer des adhérences avec la surface pulmonaire.

(1) Société de Chirurgie, 21 juillet.

(2) XVe Congrès de la Société allemande de Chirurgie. Séance du 10 avril 1886.

Réduction des luxations anciennes du coude (1).

L'examen des conditions anatomiques normales du jeu des jointures est la meilleure source des notions qui peuvent indiquer par quels moyens, par quels artifices on peut arriver à réduire certaines luxations. M. Farabeuf vient de démontrer à la Société de chirurgie comment des notions anatomiques rigoureuses sont toujours utiles aux praticiens. D'après lui, comme d'après tout le monde, les obstacles à la réduction, dans les luxations anciennes du coude sont, d'une part, le triceps, d'autre part les ligaments latéraux qui généralement ne sont point déchirés.

(1) Société de chirurgie, 21 juillet.

Il est très facile de vaincre la résistance du triceps en se servant de l'avant-bras comme bras de levier et en lui imprimant des mouvements de flexion qui lui rendent son élasticité. Il est plus difficile d'agir sur les ligaments latéraux ; si on fait des mouvements de flexion en dedans ou en dehors, on les tord et ils tendent à faire remonter plus haut les os auxquels ils sont attachés. Voici alors la manœuvre que conseille M. Farabeuf, pour vaincre cet obstacle ; elle a admirablement réussi entre les mains de MM. les Drs Nélaton et Peyrot dans des cas de luxations anciennes remontant à 140 et 158 jours. Le bras étant placé de champ, c'est-à-dire, le pouce regardant en haut, l'épitrochlée en bas, on applique au membre une traction qui n'a pas besoin de dépasser 40 à 50 kilogrammes. Pendant cette traction, on produit des flexions en dedans et en dehors à l'articulation du coude, en la relevant et en l'abaissant alternativement ; sous l'influence de ces tractions, les ligaments latéraux du coude se rompent, et la réduction s'opère sans difficulté. Chacun saura gré à M. Farabeuf d'avoir élucidé ce mécanisme aussi bien qu'il l'a déjà fait pour tant de points de la chirurgie et spécialement pour la luxation métacarpo-phalangienne du pouce.

Ovariotomie normale dans les cas de névralgies ovariennes rebelles (1)

L'opération de Battey fait, chez nous, son chemin, et il faut noter, à l'honneur de notre chirurgie, que nos maîtres en usent avec plus de circonspection qu'on ne l'a fait en d'autres lieux. M. Terrillon l'a récemment pratiquée pour un cas où l'indication est encore très délicate et demande beaucoup de circonspection. Une femme de 45 ans souffrait, depuis 13 ans, de douleurs ovariennes rebelles, à forme névralgique, telles que, l'état général s'altérant de plus en plus, la vie était devenue réellement insupportable pour la malade. Ajoutons qu'elle avait subi toute une série de traitements chirurgicaux ou médicaux, cautérisations, amputation partielle du col de l'utérus, dilatation des sphincters anal et vésical pour parer à des spasmes, potions calmantes, injections de morphine ; bref rien n'avait réussi. M. Terrillon propose et pratique la castration, la malade guérit et depuis elle n'a plus ressenti aucune douleur.

D'autre part, M. le Professeur Verneuil rapporte un fait dont le résultat ne fut pas aussi satisfaisant. Une femme vigoureuse, de 40 ans environ, très habile dans nombre d'exercices sportifs est prise, à la suite d'une chute de cheval, de douleurs vives dans le bassin, ces douleurs persistent dans les régions utéro-ovariennes, et prennent le caractère névralgique ; après quelques traitements palliatifs inefficaces, la malade accepte avec grand espoir l'ablation des ovaires.

Pendant 10 jours après la castration, le calme était parfait et les douleurs avaient cessé ; puis elles reparaissent. La malade, femme courageuse, demande qu'on lui extirpe l'utérus, ce à quoi on se refuse, les accidents douloureux ont persisté.

Il ne faudrait donc pas avoir toujours une confiance absolue dans l'opération de Battey, appliquée à ces cas; tout au moins, comme le fait avec raison observer M. Terrier, doit-on avant de s'y décider examiner avec soin et faire examiner par des hommes compétents l'état névropathique des sujets. En effet, d'après les faits qui sont connus aujourd'hui, voici ce que l'on peut admettre provisoirement.

Parmi les femmes atteintes de névralgies ovariennes rebelles à tout traitement, auxquelles on a été amené à pratiquer la castration, quelques-unes étaient manifestement hystériques, d'autres ne présentaient aucun symptôme de la névrose.

L'opération pratiquée chez les non hystériques a le plus souvent fait disparaître les phénomènes douloureux.

Chez les hystériques, ou bien elle n'a produit aucun effet durable ni sur les douleurs ni sur l'hystérie ; ou bien les douleurs ont disparu, mais les phénomènes hystériques ont persisté ; ou bien tous les accidents ont cessé, ce qui est extrêmement rare.

En un mot, comme le dit, en terminant la discussion, M. le Professeur Trélat, les malades de cette catégorie doivent être l'objet d'un examen très sérieux ; et on ne doit se décider à opérer que dans les cas réellement graves où tous les moyens médicaux ont échoué.

Des calculs de l'amygdale (1).

Cette affection assez rare peut parfois causer une erreur de diagnostic et il est utile que tout praticien connaisse les phénomènes produits par la présence de concrétions calculeuses dans les tonsilles. M. le Dr Terrillon, à l'occasion d'un fait que nous allons résumer ici, a tracé la monographie de ce petit point de clinique fort intéressant.

Un homme de 50 ans avait eu par deux fois des poussées intenses d'angine, et une amygdale était restée chroniquement enflammée, volumineuse et bosselée. De temps en temps survenaient des poussées plus aiguës, la glande était bosselée à tel point qu'on percevait sa déformation à l'extérieur. Les crachats contenaient fréquemment du pus ou du sang. Plusieurs chirurgiens avaient porté le diagnostic de tumeur maligne de l'amygdale. En l'examinant par le toucher digital, M. Terrillon perçut au niveau de la face postérieure de l'organe une pointe résistante que l'éclairage montra appartenir à un corps blanc, jaunâtre, inclus dans l'amygdale. La bouche étant alors maintenue largement ouverte au moyen d'un bâillon, on put facilement, à l'aide d'un léger débridement et d'une pince à griffe, extirper de sa loge un calcul dur, du volume d'une noisette. Après quoi l'amygdale revint peu à peu à son vo-

(1) Société de chirurgie, 1886, 28 juillet.

(1) Accidents causés par les calculs de l'amygdale. Terrillon, *in Archiv. Génér. de Méd.*, août 1886.

ume primitif et tous les phénomènes inflammatoires cessèrent absolument.

L'histoire de ce malade est, à quelques détails près, celle des autres cas connus dans la science et l'auteur n'a pu en rassembler qu'une dizaine environ. Ces calculs de l'amygdale, qui ont été comparés par les uns aux tophus de la goutte, par les autres aux calculs des glandes salivaires, sont formés dans les cryptes des amygdales ; quelquefois multiples et peu volumineux, ils sont semés dans le parenchyme glandulaire et peuvent rendre l'amygdalotomie très difficile ; le plus souvent uniques et pouvant avoir le volume d'un petit pois, d'une noisette, d'une graine d'olive et même d'une balle de mousquet (Pomaret), ils sont grenus à la surface et contiennent du phosphate et du carbonate de chaux avec une certaine proportion de mucus.

D'après tous les faits connus, ces calculs produisent des angines à répétition survenant à intervalles plus ou moins longs, quelquefois à l'occasion du froid, de la fatigue causée par le chant. Souvent elles s'accompagnent d'un œdème plus ou moins marqué de la loge amygdalienne et des parties voisines se terminant par un abcès qui laisse parfois écouler avec le pus des grumeaux ou des concrétions de consistance variable. Des amygdalites suppurées, à répétition, chez des sujets sortis de l'enfance, permettront de soupçonner l'existence de calculs.

Le gonflement, l'aspect violacé, l'induration de l'amygdale, l'apparition à sa surface d'une saillie ou d'une plaque blanchâtre dure au toucher permet de faire le diagnostic positif de l'affection et de la distinguer des tumeurs malignes.

Mais il ne faut pas oublier que, pour éviter les erreurs dues à l'enchatonnement du calcul, il faut recourir à un examen minutieux et s'aider d'un puissant éclairage.

L'extirpation de ces calculs est le seul procédé rationnel qui puisse amener la guérison des accidents inflammatoires.

Dr Barette.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE

I

La réorganisation des services d'accouchements, pour laquelle le *Concours médical* a jadis vaillamment combattu, a déjà porté ses fruits : sans parler des améliorations considérables qui se sont produites dans l'état sanitaire des accouchées, l'enseignement de l'obstétrique fait de grands progrès en même temps que paraissent des travaux originaux importants. C'est ainsi que récemment notre excellent maître, M. Pinard, accoucheur de Lariboisière, vient de publier deux mémoires sur des sujets très intéressants à plus d'un titre : l'un sur la *rupture prématurée, dite spontanée, des membranes de l'œuf humain* ; l'autre, fait en collaboration avec son interne, M. Varnier, sur l'*irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales* (1).

II

La rupture des membranes est *prématurée*, lorsqu'elle se produit plus ou moins longtemps avant l'apparition de toute contraction utérine douloureuse ; les conditions dans lesquelles a lieu cette rupture sont mal déterminées. Certains auteurs accusent, avec Hippocrate, la minceur et la fragilité des membranes ; d'autres admettent comme causes occasionnelles ou prédisposantes de la rupture prématurée des membranes : l'hydropisie de l'amnios, les grossesses gémellaires, les rétrécissements du bassin, les mauvaises présentations, l'insertion vélamenteuse du cordon, les efforts (vomissements, quintes de toux, coït, etc.), la multiparité, l'hérédité, la chaleur du lit, la mauvaise alimentation, le chagrin, etc., etc. Si quelques-unes de ces causes sont vraies, elles ne sont applicables qu'à un nombre restreint de faits.

Entreprenant, dès 1881, de nouvelles recherches sur la cause de la rupture prématurée des membranes, M. Pinard crut remarquer qu'il existait un rapport entre l'insertion du placenta sur le segment inférieur de l'utérus et la rupture prématurée des membranes ; il chercha à faire, aussitôt après la délivrance, un diagnostic rétrospectif au point de vue de l'insertion du placenta ; lorsque la délivrance est normale, les membranes présentent habituellement une ouverture assez régulière à travers laquelle le fœtus est sorti et qui correspond à peu près au pôle inférieur. Si on mesure les distances qui séparent les bords de cette ouverture des bords du placenta, l'on aura assez approximativement les distances qui séparaient le placenta des bords de l'orifice utérin. Si l'on suppose un arrière-faix présentant entre les bords de l'ouverture des membranes et les bords correspondants du placenta, une distance de 5 centimètres d'un côté et de 25 de l'autre, on pourra en conclure que vraisemblablement le placenta était inséré à 5 centimètres de l'orifice utérin. Malgré les quelques objections que peut soulever ce procédé de mensuration, c'est encore le meilleur pour connaître à quel niveau a lieu l'insertion du placenta, en ayant soin de laisser de côté les cas dans lesquels les membranes sont déchirées ou l'amnios décollé et retroussé sur la face fœtale du placenta. M. Pinard a ainsi mesuré et observé 1.394 placentas : il résulte de ces mensurations que le placenta est plus souvent inséré sur le segment moyen et le segment inférieur de l'utérus que sur le segment supérieur.

La rupture prématurée des membranes est causée le plus souvent par l'insertion du placenta sur le segment inférieur ; car les pressions exercées sur les membranes fœtales, sont alors plus localisées et mettent davantage en jeu leur extensibilité que lorsque le placenta est inséré au fond de l'utérus. Dans ce dernier cas, les tiraillements exercés sur le placenta seront peu accusés, parce que l'élasticité totale des membranes est mise en jeu ; à mesure que

(1) Ces deux mémoires ont été publiés dans les *Annales de Gynécologie* (1885-1886) et ont été édités séparément par G. Steinheil, 1886.

la distension augmente, des tractions de plus en plus énergiques s'exercent sur le placenta, en même temps que se produisent le décollement, le glissement des membranes les unes sur les autres ; si l'amnios se décolle facilement, le chorion ne peut glisser sur la caduque qu'en tirant sur le placenta. Toute pression exercée en un point du chorion retentira plus ou moins sur le placenta, suivant que cette pression s'exercera en un point plus ou moins éloigné de ce dernier. Or quand le placenta est inséré sur le segment inférieur de l'utérus, toute la portion de la paroi utérine correspondant à son insertion ne peut prendre part au développement ; l'ampliation se faisant seulement aux dépens d'une partie du segment inférieur, cette partie subit unc distension considérable.

D'autre part, l'élasticité du chorion est beaucoup moindre à ce niveau, car le chorion est extrêmement adhérent au niveau de la face du placenta ; il ne peut prêter de ce côté, il tire sur le placenta, et se rompt si celui-ci ne cède pas. L'amnios, supportant seul alors la pression intra-amniotique, ne tardc généralement pas à se rompre. On peut donc s'expliquer ainsi la rupture prématurée des membranes dans le cas d'insertion du placenta sur le segment inférieur : expansion considérable de la portion du segment inférieur de l'utérus laissée libre par l'insertion placentaire, distension anormale du chorion, défaut d'élasticité de celui-ci à ce niveau par suite de la résistance du placenta, résistance du placenta, d'où rupture du chorion et consécutivement de l'amnios.

La rupture prématurée des membranes ne se produit pas toujours, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, pour deux raisons : ou bien la pression exercée sur le chorion est insuffisante, ou bien le placenta se décolle. — Lorsque le segment inférieur subit peu de distension dans le dernier mois de la grossesse, la rupture a peu de tendance à se produire ; c'est ainsi qu'elle est, toutes choses égales d'ailleurs, moins fréquente chez les multipares ; chez elles en effet le segment inférieur s'amincit moins que chez les primipares, l'engagement est moins prononcé, l'accommodation pelvienne sc produit plus tardivement; toutefois, si les ruptures prématurées sont numériquemcnt plus fréquents chez les multipares, c'est que chez elles l'insertion vicieuse est bien plus fréquente. C'est ainsi que, sur 147 cas de rupture prématurée que M. Pinard a observés, il a compté 54 primipares ct 93 multipares.

La présentation du fœtus joue également un rôle en ce sens qu'elle détermine une distension plus ou moins considérable et irrégulière du segment inférieur de l'utérus et par conséquent des membranes. Le siègc, par exemple, en raison de son volume et de sa forme irrégulière (sans parler des pressions exercées par un pied) détermine des pressions localisées qui le plus souvent entraînent la rupture des membranes ou le décollement du placenta. La présentation du tronc détermine, plus encore que la présentation du siège, des distensions exagérées.

En résumé, lorsque le placenta est inséré sur le segment inférieur, tantôt les membranes se rompent prématurément, tantôt elle résistent et le placenta se décolle. La résistance plus ou moins grande des membranes produit l'un ou l'autre de ces résultats. Enfin, dans certains cas, on n'observe ni rupture prématurée des membranes, ni décollement placentaire en raison de la résistance des membranes, de la résistance du placenta, de la présentation du fœtus et des circonstances qui font que les pressions et les distensions localisées ne se produisent qu'au moment du travail où d'autres facteurs entrent en jeu.

Dans aucun cas de rupture prématurée des membranes, M. Pinard n'a jamais observé consécutivement la production de l'hémorrhagie. Toutes les fois que l'hémorrhagie s'était montrée la première, la rupture prématurée, artificielle ou spontanée, a toujours fait cesser cette hémorrhagie, sauf dans certains cas de présentation du tronc. C'est après avoir remarqué l'absence d'hémorrhagie, dans les cas d'insertion vicieuse du placenta, alors qu'il y avait rupture prématurée, que M. Pinard a été conduit à rompre artificiellement les membranes, même avant tout début de travail. Il est bien entendu qu'avant de pratiquer cette rupture dans les cas de présentation du tronc, il faut transformer la présentation transversale en présentation longitudinale, soit par manœuvres externes, soit par manœuvres combinées internes et externes. La présentation du tronc favorise l'hémorrhagie en distendant le segment inférieur de l'utérus, c'est-à-dire cn produisant à son maximum le décollement du placenta.

Aussi dans les cas d'hémorrhagie causéc par insertion vicieuse du placenta assez grave pour nécessiter une intervention, la conduite à tenir est la suivante :

1° S'assurer que la présentation est celle du sommet ou du siège. Si c'est une présentation du tronc, transformer cette présentation en présentation longitudinale (siège ou sommet), suivant la facilité avec laquelle on peut abaisser l'un ou l'autre de ces pôles fœtaux.

2° Déchirer largement les membranes, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas un début de travail.

L'insertion vicieuse du placenta, l'hémorrhagie qui en est souvent la conséquence, sont des complications assez redoutables de la grossesse, pour que le médecin soit heureux d'avoir un procédé sûr pour parer à ces accidents ; la rupture des membranes, même avant le début du travail, est autrement facile à pratiquer, autrement inoffensive que le tamponnement dont les inconvénients sont depuis longtemps reconnus.

On voit, d'après cette analyse, toute l'importance du mémoire de M. Pinard ; résultat de longues et sages recherches, ce travail est plein d'enseignements théoriques et pratiques.

Il en est un non moins intéressant que M. Pinard a pu tirer de cette étude approfondie de la rupture prématurée des membranes ; c'est que lorsqu'on se trouve en présence d'une femme ayant perdu les eaux prématurément, il faut se méfier d'une hémorrhagie au moment de la délivrance ; cette rupture a en effet chance d'être liée à une insertion vicieuse du placenta et de coexister avec une circu-

lation anormalement développée du segment inférieur. Cette hémorrhagie sera d'ailleurs facilement arrêtée par les injections intra-utérines avec de l'eau chaude à 48° ou 50°, sans qu'il soit aucunement besoin de recourir à l'ergot de seigle qu'on tend à rejeter de plus en plus de la pratique obstétricale.

III

Dans leur travail sur *l'irrigation continue comme traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales*, MM. Pinard et Varnier montrent que si l'antisepsie rigoureuse rend la mortalité des femmes en couches nulle ou à peu près, un traitement énergique peut enrayer, dans une certaine mesure, la marche des accidents puerpéraux dans les cas où la femme est infectée. Ainsi à l'hôpital Lariboisière, dans un service où on ne conserve pour les y accoucher que les femmes présentant une tare quelconque (rétrécissement du bassin par exemple), la mortalité est nulle pour les femmes qui ont commencé et fini leur accouchement dans le service ; tandis qu'on a quelques décès rares pour les femmes dont l'accouchement ou l'avortement a été commencé ou fini en ville et qui viennent ensuite infectées à l'hôpital. C'est pour cette dernière catégorie de femmes qu'on devra avoir recours tout particulièrement à l'irrigation continue.

Par exemple, une femme arrive à l'hôpital après avoir subi en ville plusieurs applications de forceps qui ont occasionné des déchirures étendues du col et du vagin, dénudé les os, etc. ; aucune précaution antiseptique n'a été prise. Dès l'arrivée, on désinfecte la plaie en faisant un grand lavage intra-utérin et vaginal avec une solution de biiodure de mercure à 1 pour 2,000 ; mais, pour être véritablement antiseptique, il faudrait drainer l'utérus et appliquer un pansement par occlusion qui empêchât une nouvelle infection. Il est difficile d'appliquer un pansement antiseptique solide sur le périnée à cause du voisinage de l'anus et de la vessie.

Quant aux injections intra-utérines et vaginales intermittentes, souvent pratiquées, elles rendent de précieux services, mais n'empêchent pas à coup sûr la réinfection : elles n'ont en effet qu'une action passagère et superficielle sur l'organisme, le liquide ne restant en contact avec la muqueuse utéro-vaginale que pendant un temps relativement court ; dans l'intervalle des lavages, la plaie reste exposée à l'envahissement des germes et au contact de liquides insuffisamment désinfectés.

Aussi, malgré le discrédit dans lequel est tombée cette méthode, MM. Pinard et Varnier, considèrent-ils le *lavage continu* du canal utéro-vaginal comme le traitement véritablement antiseptique et rationnel ; voici à quel manuel opératoire ils se sont arrêtés après quelques tâtonnements.

Sur un lit en fer muni d'un sommier à lames métalliques flexibles et parallèles, deux matelas ordinaires repliés sur eux-mêmes sont placés bout à bout de telle façon qu'un interstice existe au milieu du lit entre les deux matelas. Chaque matelas est recouvert d'une toile imperméable dont les extrémités libres viennent tomber dans le vide situé entre les deux matelas et dirigent le liquide dans un récipient placé sous le lit. Cette disposition peut être appliquée partout et avec tous les lits possibles ; le lit ainsi préparé permet, d'une part, de supporter un décubitus dorsal prolongé, d'autre part un écoulement facile et continu du liquide qui a servi à l'irrigation.

L'appareil irrigateur se compose d'un réservoir en verre ou en faïence d'une contenance moyenne de 15 litres ; ce réservoir est placé à 50 centimètres environ au-dessus du plan du lit ; il est relié à la sonde intra-utérine à l'aide d'un tube en caoutchouc sur le trajet duquel se trouve un robinet qui permet de régler le débit du liquide.

Quant à la sonde, laissant de côté pour diverses raisons la sonde intra-utérine en verre, modèle du professeur Tarnier, puis la sonde en celluloïde du Dr Budin, MM. Pinard et Varnier ont fait fabriquer une sonde qui présente les caractères suivants : elle est en argent et à double courbure (courbure utérine et courbure périnéale) comme la sonde vésicale de Sims. Elle est aplatie comme la sonde intra-utérine en verre du professeur Tarnier. Elle est pourvue à son extrémité utérine de quatre ouvertures, une antérieure, une postérieure et deux latérales. Elle présente les avantages suivants : étant en argent, elle ne peut se casser et on peut la flamber à l'alcool. Par sa forme elle est facile à introduire et à maintenir en place. Toutefois elle n'est pas assez longue lorsqu'on est obligé de l'appliquer chez des femmes obèses : aussi peut-on la remplacer dans ces cas exceptionnels par des sondes en étain offrant le même calibre et les mêmes ouvertures, mais beaucoup plus longues et plus droites. Il est facile de leur donner, au moment de s'en servir, la longueur et les courbures nécessaires en rapport avec la situation des organes.

Quant au liquide employé pour l'irrigation, on commence par la solution employée habituellement dans le service, de bi-iodure de mercure à 1/2000e ; mais, dès que le canal utéro-vagino-vulvaire a été bien lavé avec cette solution qui produit au bout de quelques heures une sensation douloureuse, on la remplace par une solution phéniquée à 1/100e. Cette solution est continuée jusqu'au moment où la température est descendue à la normale et s'y maintient pendant quelques heures, ou bien lorsque les urines deviennent noires au moment de leur émission ; lorsque l'emploi continu de cette solution phéniquée paraît dangereux, on lui substitue une solution saturée d'acide borique. Tous ces liquides sont portés à une température qui varie entre 35° et 40° : de cette façon la contractilité de l'utérus est constamment irritée, la sensation produite est agréable.

MM. Pinard et Varnier donnent avec détails et avec des courbes de température très intéressantes les observations dans lesquelles ils ont pratiqué l'irrigation continue : cette irrigation employée comme traitement prophylactique doit être intra-utérine, commencée aussitôt après la délivrance et ne cesser que vers le sixième jour. Lorsqu'on emploie l'irrigation continue comme traitement

curatif de l'infection puerpérale, il faut commencer le plus tôt possible après le premier frisson et la première élévation de la température, la maintenir intra-utérine pendant toute la durée du traitement et ne retirer, à aucun prix, la sonde de l'utérus tant que la température n'est pas revenue à la normale et ne s'y est pas maintenue pendant trois jours.

L'introduction de la sonde, généralement facile, présente parfois cependant quelques difficultés : lorsqu'il existe des délabrements assez étendus du vagin et du segment inférieur, il se fait en quelques heures une tuméfaction telle qu'on peut éprouver les plus grandes difficultés à retrouver le col et son orifice. Il faut donc, aussitôt après la délivrance, alors que le col n'est pas encore refermé et que l'utérus communique largement avec le vagin, introduire la main dans l'utérus et sur cette main conduire la sonde à demeure.

Après un historique complet de l'irrigation continue, après avoir montré que cette méthode est d'origine française, MM. Pinard et Varnier réfutent très victorieusement les objections qu'on a pu faire à ce mode de traitement ; ils montrent, qu'avec leur manuel opératoire, les manœuvres nécessitées par le drainage avec irrigation permanente peuvent ne pas être beaucoup plus compliquées ni moins efficaces que les injections utérines, les lavages faits même toutes les six heures.

L'irrigation continue est praticable et exempte de danger : elle donne tous les résultats qu'on peut attendre de l'irrigation temporaire, avec cette supériorité qu'ils sont permanents.

Aussi ne saurions-nous trop engager nos lecteurs à avoir recours à cette méthode, soit lorsqu'ils se trouveront en présence d'une femme infectée, soit lorsqu'ils craindront des accidents puerpéraux : dans le cas par exemple de rétention du placenta après un avortement, l'irrigation continue est d'autant plus précieuse qu'elle réalise aussi bien que possible l'asepsie utérine, en même temps qu'elle contribue à l'expulsion de l'arrière-faix en réveillant la contractilité du muscle utérin. Dans le cas d'infection puerpérale avérée, cette méthode donnera des résultats d'autant meilleurs qu'elle sera mise en pratique le plus tôt possible après l'apparition des premiers accidents.

G. LEPAGE.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le projet de loi sur la pharmacie et la délivrance des médicaments par le médecin,

Saint-Astier, le 26 juillet 1886.

Très cher et très honoré Confrère,

Dans le « *Progrès médical* », en date du 24 juillet 1886, je lis à la page 628 le « *Texte arrêté par la commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.* »

Il y est dit notamment à l'article 6 : « Les médecins pourront, en cas d'urgence, fournir sur place des médicaments aux malades, auprès desquels ils seront appelés et *dont la résidence sera éloignée de 5 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte*. Les médecins qui useront de cette faculté seront soumis à toutes les obligations imposées aux pharmaciens par les lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente. Les vétérinaires diplômés pourront librement distribuer des médicaments destinés aux animaux. »

Je ne sais ce que vont penser nos confrères de cet article 6 qui, s'il était adopté, ne leur serait pas moins préjudiciable que l'article du numéro suivant ne l'a été aux congrégations.

Que cet article-là ait été fabriqué par un pharmacien soucieux de ses intérêts et de ceux de sa corporation, je n'y contredis point ; mais qu'il ait été conçu selon les règles de la justice et qu'il n'aille point à l'encontre des intérêts non moins respectables de la profession médicale, c'est ce qu'il faudrait démontrer. Je doute donc que le promoteur de cette idée et que le texte de cette commission (texte à la rédaction duquel, j'aime à le croire du moins, nos confrères de la Chambre sont étrangers) aient gain de cause au Parlement ; car, ce serait à désespérer les médecins qui exercent à la campagne en leur faisant entrevoir (au moment surtout où l'on songe à améliorer leur situation par la création de *Syndicats*, que, jusqu'à ce jour, ils n'ont pu obtenir légalement du reste) dans un avenir plus ou moins rapproché une candidature forcée à la misère.

Comment, voux exigez du médecin deux diplômes de bachelier, plus cinq ou six années d'études au minimum, c'est-à-dire que vous lui prenez la moitié de son existence, à condition qu'elle soit longue, et en retour vous lui promettez, quoi ? Je vais vous le dire ; vous ne lui promettez rien ; vous lui donnez......... une patente à payer ; vous ne lui dites pas, mais vous pensez qu'il aura une voiture et un cheval à payer, un domestique et un cheval à nourrir, qu'enfin on ne le dispensera ni de ses prestations, ni de l'impôt sur les voitures, ni de la taxe sur les portes et fenêtres, ni de celle sur la valeur locative, pour peu qu'il ait le culte extérieur de sa personne et qu'il tienne à être décemment logé.

Mais alors, il n'y a donc que des charges dans la profession médicale et, à vous en croire, d'ici peu il n'y aurait parmi les médecins que des membres participants du bureau de bienfaisance ? Patience, du train dont vont les choses, si cela n'est pas encore arrivé, cela viendra, cela viendra surtout si, au lieu de défendre les intérêts professionnels, comme ils méritent de l'être, on les sacrifie toujours et si on n'élève pas la voix pour les défendre.

Les médecins peuvent être divisés en trois catégories :

Dans une première, les médecins de ville ; parmi ceux-ci les uns sont arrivés ; ils sont les moins nombreux. Des autres je ne dirai rien ; ils vivent, mais, assurément, ils ne mettront jamais assez d'argent à la caisse d'épargne pour se créer une retraite digne d'eux, digne surtout du capital intellectuel et maté-

riel dépensé ; ils gagnent, le plus souvent, comme ceux de la classe suivante, juste assez d'argent pour payer les frais qu'ils font pour exercer la médecine.

Les médecins cantonaux font partie de la seconde catégorie ; leur situation est celle que je viens de dire ; ils ne sont le plus souvent que les rabatteurs honnêtes et inconscients des pharmaciens ; quand le pharmacien a prélevé son impôt sur le patient, le médecin cantonal serait mal venu à demander une indemnité de route ; il doit se borner à exercer un sacerdoce, comme le prêtre, mais avec l'indemnité en moins et la patente en plus.

Enfin la troisième catégorie (médecins communaux), qui, avec les privilégiés de la 1re, était la moins malheureuse, est menacée de disparaître ; elle n'était payée que parce qu'elle donnait au malade quelque chose de matériel ; du moment qu'elle ne donnera plus que du papier, ce papier n'aura guère plus de valeur qu'un assignat.

Voilà donc où nous en sommes : Le pharmacien veut primer le médecin. Déjà l'huissier prime le juge de paix et l'avoué prime l'avocat !

Je ne vois qu'un remède en ce qui concerne notre profession.

Faire appel à tous nos confrères et à tous les hommes de bon sens que renferme la Chambre, afin que dorénavant on soit un peu plus exigeant à l'ancien 3e Examen de Doctorat (1er actuel) et qu'on supprime ous autres grades que ceux de d octeurs en médecine qui exerceraient la pharmacie à la campagne ; en ville il ne manquerait pas de confr èrcs qui, préférant la chimie à la médecine, se sp écialiseraient dans la pharmacie.

J'ajoute que l'ancienne loi est bien plus libérale et surtout plus humaine que celle qu'on propose, à cause de la faculté laissée au médecin, établi dans une commune où il n'y a pas de pharmacie ouverte, de fournir des médicaments à ses malades ; faculté qui n'est pas restreinte au cas où les malades habitent la même commune que le médecin et s'étend à celui où ils résident dans d'autres communes également dépourvues d'officines. »

En résumé, nous demandons ou un seul titre pour exercer la médecine et la pharmacie ou le *statu quo ante*, ou la liberté complète d'exercer les deux professions, les titres seuls servant alors de sauvegarde au public.

Dr Boisseuil.

Notre correspondant s'alarme à juste titre des propositions de la Commission. Mais la discussion des articles rétablira les situations. Assurément les législateurs, sans se préoccuper outre mesure des intérêts médicaux ou pharmaceutiques, trouveront la solution désirée. Il suffira qu'ils s'inspirent des données suivantes :

Les médecins et les pharmaciens doivent avoir les privilèges que la Société juge utile de leur conférer, en vue de son propre bien, du bien de ses membres malades. Les intérêts du pharmacien sont sauvegardés lorsqu'il exerce sa profession et uniquement sa profession. En aucune circonstance il ne peut et ne doit exercer la médecine, qu'il ne connaît pas.

La Société a la liberté de conférer au médecin, dans certaines circonstances, le droit d'exécuter lui-même les ordonnances qu'il délivre à son client. Et pour qu'il en fût ainsi, les règlements ont prévu pour les médecins des études pharmaceutiques, tandis qu'ils n'ont jamais imposé des études médicales aux pharmaciens.

N. de la R.

Taxe postale.

CONVOCATION DES SOCIÉTÉS.

M. le Ministre des Postes et des télégraphes, en conformité de l'article 10 de la loi du 25 juin 1846, qui lui donne le droit d'autoriser l'inscription, sur certaines classes d'imprimés, de mots ou de chiffres écrits à la main, autres que la date et la signature, a pris un arrêté qui range dans la catégorie des imprimés ordinaires :

« Les formules ordinaires de lettres de convoca-
« tion à une réunion, sur lesquelles sont ajoutées,
« soit à la main, soit au moyen d'un timbre ou d'un
« procédé, les indications relatives au jour, à l'heu-
« re, au lieu et à l'objet de la réunion. »

Ces formules sont donc soumises aux tarifs fixés par la loi du 6 avril 1878, c'est-à-dire : 1 centime par exemplaire sous timbre mobile ; 5 centimes par exemplaire sous enveloppe ouverte.

Les exemplaires ne doivent pas peser plus de 20 grammes sous bande et plus de 50 grammes sous enveloppe ouverte.

Malgré l'arrêté de M. le Ministre des Postes et des Télégraphes, certains receveurs de bureaux de poste refusent d'admettre les convocations des Sociétés de secours mutuels ou autres associations à 1 centime sous bande et à 5 centimes sous enveloppe ouverte.

Nous reproduisons ci-dessous l'arrêté de M. le Ministre, pour éviter de nouvelles réclamations :

« Vu les articles 6 et 7 de la loi du 6 avril 1878 sur la réforme postale ;

« Vu les décrets du 5 février 1878 portant création du Ministère des Postes et Télégraphes,

Arrête :

Article unique. — Sont comprises dans la catégorie des imprimés ordinaires et soumises aux tarifs fixés par les articles 6 et 7 de la loi du 6 avril 1878 :

« Les formules imprimées de lettres de convoca-
« tion à une réunion sur lesquelles sont ajoutées,
« soit à la main, soit au moyen d'un timbre ou d'un
« autre procédé, les indications relatives au jour, à
« l'heure et à l'objet de la réunion. »

Fait à Paris, le 22 janvier 1886.

Signé : F. Granet.

M. le Ministre des Postes et des Télégraphes ajoutait :

« Les dispositions de ces arrêtés étendent à toutes les lettres de convocation à une réunion les facilités qui n'avaient été concédées jusqu'alors que pour les lettres de « convocation en cas de décès ».

Mais elles n'apportent aucune modification aux règles qui exigent que les additions faites à un im-

primé et que le texte même de cet imprimé ne présentent aucun indice de correspondance personnelle.

Ces règles sont posées par les lois mêmes qui régissent les tarifs postaux, et je ne puis y déroger. »

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle

Séance du 29 *juin* 1886.

Les membres du Syndicat se sont réunis le 29 juin à Braisne, hôtel de la Croix-d'Or.

Après un déjeuner confraternel, la séance a été ouverte à deux heures par M. Dulieu, président.

Etaient présents pour le département de l'Aisne:
MM. Dulieu (de Longueval) ;
Ancelet (de Vailly) ;
Lécuyer (de Beaurieux) ;
Bracou (de Vailly) ;
Dupré (de Longueval) ;
De Châteaubourg (de Braisne) ;
Delaporte (Moulins) ;
Deligny (Fère en Tardenois) ;
Gaillart (Hartennes) ;
Voimant (Soissons) ;

et pour le département de la Marne:

MM. Godart (de Fismes) ;
Faille (de Fismes).

Le Président présente le Dr Voimant, de Soissons, qui demande son admission dans le Syndicat.

Il est admis à l'unanimité.

En proclamant le vote, le président dit qu'il est l'interprète de tous ses collègues en félicitant chaudement notre confrère de Soissons de se joindre à ses confrères ruraux pour leurs légitimes revendications.

M. Voimant dit qu'en venant à nous, il fait acte de solidarité, et remercie le syndicat de son admission.

Le secrétaire expose que le Représentant Colfavru, (de Seine-et-Oise) vient de présenter une proposition de loi ayant pour objet d'étendre à toutes les professions dites libérales le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Cette proposition est analogue à celle de notre représentant et confrère le Dr Dupuy (de Vervins), mais a un peu plus d'extension. Il propose que le syndicat écrive à M. Dupuy pour qu'il se concerte avec M. Colfavru, afin que les deux propositions soient étudiées par la même commission et que le rapport et la discussion puissent arriver avant la fin de l'année 1886.

M. Lécuyer, secrétaire, est chargé d'écrire à notre si dévoué confrère Dupuy.

M. Godard expose que depuis quelques années notre confrère Wimy est obligé périodiquement de se faire remplacer pour cause de maladie, que ces remplacements sont toujours très onéreux, et que sans parler du cas qui s'est présenté dernièrement d'un ancien remplaçant s'établissant un an après en concurrence de celui qui avait eu confiance bien à tort en son honneur, il serait bon de prendre une délibération à titre général, portant que, pour faire preuve vraiment de solidarité, tous les membres du syndicat se mettent entièrement à la disposition du confrère malade pour faire gratuitement la partie de clientèle que celui-ci désignera. Cette résolution est adoptée à l'unanimité.

M. de Châteaubourg, concurrent de M. Wimy, demande que son adhésion figure spécialement sur le procès-verbal et que le bureau du syndicat porte après la séance la délibération à M. Wimy en lui assurant que tous sans exception se mettent à sa disposition.

Adopté à l'unanimité.

M. Dupré expose que souvent les médecins ont des difficultés avec les notaires pour le paiement de notes d'honoraires, après décès ; que la plupart du temps on se borne à rappeler le privilège donné par l'article 2.101, mais que cela ne suffit pas toujours, et que devant le peu d'empressement que mettent ces messieurs à défendre nos intérêts, il faut aller plus loin et menacer plus directement.

Voici à l'appui, continue M. Dupré, un fait qui m'est personnel.

En février 1885, un de mes clients décède après une longue et douloureuse maladie. Dans le mois, la veuve me réclame ma note afin de la remettre au notaire chargé de la liquidation de la succession.

Après une année, ayant appris la vente des meubles et immeubles du défunt, et sachant que quelques créanciers avaient été payés, j'envoie directement au notaire ma note en duplicata, le priant de m'indiquer le jour où je pourrai recevoir mes fonds.

Je n'obtins aucune réponse.

Avant de récrire, je prie un de nos confrères habitant la même localité que le notaire de vouloir bien passer en l'étude et se renseigner à propos de ma créance.

Le notaire étant absent, le premier clerc répond que la succession est désastreuse et qu'il n'y a pas d'espoir que je puisse recouvrer ma note, même en partie.

Une quinzaine se passe, mon confrère retourne à l'étude et voit cette fois le notaire qui lui dit en substance que ma note a été remise trop tard, qu'il y a eu, à la vérité, une vente d'immeubles qui a servi à payer quelques créanciers, que quant à moi je n'ai rien à espérer, à moins que je veuille attendre un an ou dix-huit mois, époque à laquelle il y aura une nouvelle vente d'immeubles.

La réponse m'est rapportée, et voulant à tout prix toucher le montant de mes honoraires, j'écris de suite (26 mai 1886) une lettre conçue en des termes où je ne dissimule nullement mon indignation de ces procédés déshonnêtes, et après avoir rappelé l'article 2.101, je menace carrément notre notaire d'une plainte au procureur de la République si dans la huitaine je n'obtiens pas une réponse favorable.

Trois jours après la réception de cette lettre (30 mai) le notaire, l'esprit timoré, me répond que les fonds sont à ma disposition et qu'il est surpris du ton de ma lettre, car, ajoute-t-il, ce n'est pas ma faute si vos clients sont devenus mauvais.

Comme conclusion, je dirai qu'il est fort désagréable d'écrire parfois en termes peu civils ; il est encore plus désagréable de se voir chicaner les soins que nous donnons aux malades et d'employer presque la violence pour obtenir ce qui nous est dû.

Le président félicite M. Dupré de son énergie et engage ses confrères, dans des cas semblables, d'en faire autant.

Adhésion.

M. Bracou expose que la compagnie d'assurances-accidents le Soleil-Sécurité générale ne veut plus lui payer de déplacements pour les constatations de sinistres et demande ce qu'il doit faire.

Le syndicat, à l'unanimité, maintient énergiquement sa délibération antérieure qui n'est qu'un minimum que les autres compagnies ont accepté. Si ladite compagnie ne veut pas accorder 6 fr. pour la visite et la contrevisite et les deux certificats, plus 1 fr. par kilomètre, aller et retour compris, pour la constatation du sinistre quand le blessé ne peut venir dans le cabinet du médecin, il doit lui refuser son concours. M. Bracou accepte et demande que le secrétaire lui envoie copie de la délibération.

Adopté.

Le secrétaire expose que tous les membres du syndicat ont dû lire l'article de notre sympathique confrère Barat-Dulaurier sur les mauvais procédés et les mauvais confrères. Il croit que le syndicat n'a qu'à se louer de sa dernière délibération et en adressant ses remerciements au directeur du bulletin des syndicats, il émet le vœu que tous les syndicats fassent ainsi et mettent au pilori ces rebuts du corps médical.

A ce propos, M. de Châteaubourg rapporte qu'un confrère non syndiqué aurait dit qu'il soutiendrait le Dr C., mis à l'index.

Le président croit que ce propos n'est rien moins que prouvé, mais que, s'il a été prononcé, il prouve la valeur morale de son auteur. Dans ce cas, les deux font la paire et le syndicat n'a qu'à suivre la décision qu'il a prise dans la dernière séance.

Adhésion.

La prochaine réunion se tiendra à Vailly, le 31 août, à l'hôtel Moreau.

Ordre du jour :

1º Renouvellement du bureau.
2º Des agences de recouvrement.
3º Révision du règlement
4º Révision du tarif.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire général,
Dr H. LECUYER,
de Beaurieux (Aisne).

NOUVELLES

Une circulaire du ministre de l'intérieur, en date du 25 janvier 1881, a recommandé la création de *dispensaires pour enfants malades*, analogues à celui qui a été fondé en 1875, au Havre, par notre distingué confrère, M. le docteur Gibert.

Les dispensaires créés en France, depuis 1881, sont au nombre de sept, ce qui porte à huit le nombre total de ces établissements spéciaux, en y comprenant celui qui leur a servi de modèle.

D'autres dispensaires ont été établis sur les mêmes principes, en dehors de France, notamment à Mulhouse, à Genève, à Rio de Janeiro.

Les dispensaires de France doivent être classés, d'après la date de leur ouverture, dans l'ordre suivant :

Dispensaire de Clermont-Ferrand, 1er mars 1882.

Dispensaire du 1er arrondissement de Paris, 1er avril 1883.

Dispensaire de la Société philanthropique, rue de Crimée, à Paris, 15 mai 1883.

Dispensaire Martainville, à Rouen, 6 août 1883.

Dispensaire de l'Hôtel-de-Ville, à Rouen, 6 août 1883.

Dispensaire Dollfus, au Havre, 6 janvier 1884.

Dispensaire Furtado-Heine, rue Delbet, à Paris, 12 juillet 1884.

L'année dernière, le ministre a confié à M. le docteur Foville, inspecteur général, la mission de visiter tous ces établissements et de recueillir sur chacun d'eux les renseignements les plus complets et les plus précis possible.

A la suite de cette visite, M. Foville a dressé un rapport fort remarquable qui paraît en ce moment dans le *Journal Officiel*.

DÉCRETS RELATIFS AUX AGRÉGÉS DES FACULTÉS DE DROIT ET DE MÉDECINE ET DES ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE.

I

Article premier. — Les agrégés des Facultés de droit et de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie sont membres de la Faculté ou Ecole à laquelle ils sont attachés : ils prennent rang immédiatement après les professeurs.

Ils font partie de l'assemblée de la Faculté ou Ecole, avec voix délibérative ou consultative, suivant les distinctions établies par l'article 19 du décret du 28 décembre 1885.

Art. 2. — Ils participent aux examens, ils remplacent les professeurs momentanément absents et font des conférences destinées à compléter l'enseignement des professeurs titulaires.

Art. 3. — L'organisation des conférences est arrêtée à la fin de chaque année scolaire, pour l'année scolaire suivante, par le conseil de la Faculté ou Ecole.

Dans les Facultés de médecine et dans les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le nombre des agrégés chargés chaque année de conférences ne peut être inférieur au tiers ni supérieur à la moitié du nombre des chaires de la Faculté.

Art. 4. — Les agrégés sont chargés des cours prévus par les articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

Ils peuvent être chargés de cours supplémentaires.

II

Article premier. — Les agrégés des Facultés de droit, de médecine et des Ecoles supérieures de pharmacie, continuent de recevoir, pour les services énumérés à l'article 2 du décret de ce jour, les traitements fixés par le décret du 14 janvier 1876.

Art. 2. — Les agrégés chargés d'un cours en vertu des dispositions des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885 reçoivent, outre leur traitement d'agrégé :

A Paris, un traitement de 3,000 francs.

Dans les départements, un traitement de 2,000 fr.

Art. 3. — Les agrégés touchant actuellement, en vertu des dispositions des articles 1 et 2 des décrets des 20 août et 15 octobre 1881, un traitement supérieur au total des traitements fixés par le présent décret, recevront une indemnité égale à la différence et soumise à retenue dans le cas où, à dater du 1er novembre 1886, ils seraient chargés d'un cours par application des articles 36 et 37 du décret du 28 décembre 1885.

NÉCROLOGIE

M. le Dr ESTOR, professeur d'anatomie pathologique, à la Faculté de médecine de Montpellier, mort le 27 juillet 1886, à l'âge de 56 ans. Pendant l'épidémie cholérique de 1884, il alla à Toulon et à Marseille, soigner les cholériques à la tête d'une députation d'étudiants.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La médecine militaire a fait une perte très regrettable dans la personne du Dr *Zuber*, médecin en chef des ambulances au Tonkin ; âgé seulement de 39 ans, ce confrère avait conquis par d'intéressants travaux personnels et par une connaissance approfondie de la littérature étrangère un rang des plus honorables parmi les épidémiologistes contemporains.

Nous avons aussi le chagrin d'annoncer la mort d'un excellent confrère parisien, le Dr *Landur*.

La Société du Concours médical et la Caisse des pensions de retraite du corps médical le comptaient parmi leurs membres les plus zélés : il était membre du Comité des Censeurs de cette dernière. M. Landur avait exercé sa profession de la façon la plus digne, et conquis l'estime de tous ceux qui le connaissaient.

A la *Société médicale des hôpitaux* (13 août), M. Desnos a complété par quelques observations personnelles la communication précédente de M. Desplats (de Lille) sur la **rubéole** (1).

Les erreurs de diagnostic qui peuvent être faites à propos de la roséole, viennent de ce que son éruption est fruste ou polymorphe. Une éruption morbilliforme apparaît d'abord sur la face et le tronc; 18 heures, 24 ou 36 heures plus tard, dans les mêmes régions se montre un exanthème scarlatiniforme. Ainsi s'explique l'opinion des auteurs qui ont voulu voir dans cette maladie un dérivé de la rougeole ou de la scarlatine.

La présence des adénopathies assez accentuées et multiples, notamment dans la région cervicale, rend compte de l'erreur qui a fait prendre quelquefois la rubéole pour une roséole syphilitique.

Contrairement à M. Desplats, qui croit la fièvre nulle ou exceptionnelle dans la rubéole, M. Desnos a vu des malades avoir 38°3 et même 39°.

L'apoplexie hystérique.

M. *Debove*, qui a rapporté à diverses reprises des observations d'hémiplégies, de monoplégies hystériques chez des hommes, fait connaître aujourd'hui un cas d'apoplexie hystérique.

Le 10 juillet dernier, un homme de 31 ans, bien portant, au sortir de table perd connaissance et reste deux heures dans un état comateux, avec une paralysie motrice du côté gauche, qui le lendemain n'est plus qu'une parésie avec hémianesthésie.

Pour établir le diagnostic d'apoplexie hystérique, M. Debove se base sur l'absence des causes ordinaires d'ictus apoplectiques et sur l'existence des stigmates hystériques (hémianesthésie gauche complète de la peau, des muqueuses, des muscles, avec rétrécissement très marqué du champ visuel, dyschromatopsie, transfert de l'hémianesthésie par l'aimant).

A propos de ce cas d'apoplexie hystérique ou nerveuse, comme on voudra l'appeler, M. Debove rappelle que l'anesthésie qui se rencontre chez les sujets intoxiqués par l'alcool, le plomb, le mercure, n'est pas toujours sous l'influence directe de l'intoxication, mais est liée souvent à l'hystérie ; ce n'est pas de l'anesthésie toxique, mais de l'anesthésie hystérique ; il est vrai que l'hystérie peut être elle-même symptomatique de l'intoxication.

L'anesthésie qui accompagne les lésions organiques de l'encéphale siège généralement dans les mêmes régions que la paralysie motrice. L'oscillation dans l'intensité de l'anesthésie et son transfert sous

(1) Voir *Concours médical*, n° 33.

l'influence de l'aimant sont des arguments en faveur de l'anesthésie hystérique.

La contagion directe de la fièvre typhoïde.

Incontestable dans un certain nombre de cas, ce mode de transmission de la fièvre typhoïde est-il très rare ou plus fréquent qu'on ne le pense? Voilà le point intéressant d'un rapport de M. *Letulle* sur cette question ; ce rapport a eu pour base des observations soumises à la Société des hôpitaux par MM. *Biron* (d'Argenteuil), *Martel* (de Saint-Malo), *Viger* (de Niort), *Lardier* (de Rambervillers), *Gautier* (de Charolles).

Les observations de M. Martel et de M. Brion sont relatives à des *cas isolés*. Il s'agit de personnes qui sont restées l'une cinq minutes, l'autre une heure auprès de typhiques et ont été peu après atteintes de dothiénentérie. Mais il est toujours difficile d'affirmer que ces femmes n'ont pas bu d'eau infectée ; l'une habite Paris et les environs, où la fièvre typhoïde est endémique ; l'autre a été prise des premiers symptômes de la dothiénentérie six jours après son contact avec un typhique, mais 20 jours après un voyage à Paris. Or on sait que l'incubation de la fièvre typhoïde peut durer de un jour à un mois.

Le cas de M. Viger se rapporte à la *contagion nosocomiale* ; un infirmier de l'hôpital de Niort qui n'était pas habituellement en contact avec des typhiques, se trouvant par hasard quelques minutes auprès d'un malade atteint d'un sphacèle de la muqueuse buccale au cours d'une dothiénentérie, reçoit presque dans la bouche des fragments de tissus sphacélés. Huit jours après il avait la fièvre typhoïde. Mais on peut objecter à la contagion directe que cet infirmier, habitant un foyer épidémique a pu s'infecter par tout autre procédé de contagion.

Les infirmiers sont très souvent atteints d'ailleurs de fièvre typhoïde ; sur 37 cas intérieurs dans les hôpitaux, on compte 25 infirmiers contre 12 malades ordinaires.

Quoiqu'il soit presque toujours impossible de démontrer que ces hommes n'ont pu être infectés par les procédés ordinaires, notamment par l'eau, un intérêt pratique considérable s'attache à la notion de la fréquence des cas intérieurs de fièvre typhoïde dans les hôpitaux. Et aussitôt que cela sera possible, il est absolument souhaitable que les typhoïsants soient traités dans des salles spéciales.

Il faut surtout dès maintenant écarter du voisinage des typhiques les sujets atteints d'affections chroniques du tube digestif (dyspepsie, gastrite, dilatation de l'estomac) ; car, d'après les exemples que nous avons cités dans notre travail sur la dilatation de l'estomac et la fièvre typhoïde, nous sommes convaincu que ces malades sont plus prédisposés que tous les autres à contracter la dothiénentérie.

Enfin, les observations de MM. Lardier et Gautier sont relatives à des *épidémies de maison*. Le premier a vu six personnes de sa famille atteintes dans deux maisons différentes dont les habitants communiquaient sans cesse entre eux. — Le second a vu 12 personnes successivement frappées dans une ferme isolée ; l'épidémie s'éteignit sur place. Dans ces faits encore, il est impossible de prouver la contagion directe ; car une fois qu'un foyer épidémique s'est constitué, tous les individus qui l'habitent sont soumis à son influence.

M. *Kelsch*, étant médecin de l'hôpital de Batna, n'avait pas vu un seul cas de dothiénentérie depuis

FEUILLETON

LE MÉDECIN DE CAMPAGNE.

« Il y a des héros de tous les ordres ; nous les admirons indistinctement, quel que soit leur calibre ; mais c'est surtout aux plus humbles d'entre eux que s'attachent nos sympathies, à ceux dont le dévouement obscur ne fatigue même pas le mirliton de la renommée. Nous professons le plus profond, le plus sincère des respects pour toutes les gloires ; mais enfin, où il y a gloire, il y a eu récompense, et il nous semble que l'on doit quelque compensation à celui auquel cette récompense a manqué, bien que, soldat ou matelot, il ait égalé « le Glorieux » en courageuse abnégation en sacrifiant, comme celui-ci, sa vie à l'accomplissement de son devoir. Vous nous répondrez qu'il y a entre les deux quelque différence, que l'existence du fusilier Pitou ne peut pas valoir celle de son général ; le susdit général en est nécessairement convaincu, mais il nous paraît infiniment probable que le fusilier est précisément d'une opinion contraire.

Parmi les héros sans apanage d'aucune sorte, nous rangeons les médecins de campagne. Voués à une profession laborieuse par-dessus toutes les autres, à une vie obscure, ignorée, sans perspective d'enrichissement, qui ne les conduit pas toujours à l'aisance, ils donnent, au milieu du déchaînement de toutes les avidités et de toutes les ambitions, un exemple de désintéressement méritant d'être souligné. Le médecin de campagne est une sorte de sœur de charité en chapeau mou et en paletot ; s'il n'en a pas la foi dans une récompense d'outre-tombe, il n'affirme pas moins, comme elle, le dévouement aux souffrances de l'humanité et le dédain des joies mondaines. Frais émoulu de l'existence bruyante de quelque Faculté, il est venu se confiner dans un bourg où, le plus souvent, cet homme d'éducation supérieure connaît la seule des solitudes qui soit redoutable, la solitude intellectuelle. Sans doute, il a des hommes, des femmes autour de lui, mais il ne les comprend pas plus qu'ils ne le comprennent ; il semblerait qu'ils

un an. Un corps expéditionnaire, en passant, laisse un typhique. Malgré toutes les précautions prises pour désinfecter les garde-robes et aérer la salle, le voisin de ce typhique est pris de fièvre typhoïde en un si court délai qu'il est impossible qu'un foyer secondaire ait eu le temps de se former.

M. *Siredey* a insisté sur la complexité de la pathogénie des cas intérieurs de fièvre typhoïde dans les hôpitaux. L'eau que boivent les malades est bien mal surveillée souvent. Ayant eu, il y a deux ans, plusieurs cas intérieurs dans sa salle des femmes à Lariboisière, il s'aperçut que le réservoir qui fournissait l'eau aux malades était situé à l'air libre dans une pièce où se trouvaient des immondices, depuis des cataplasmes jusqu'à de vieux habits, et cette eau, qui devenait trouble dès qu'on l'agitait, venait du canal Saint-Martin, qui est sans cesse souillé par une batellerie considérable. L'administration a pris des mesures depuis lors pour que les malades eussent à leur disposition deux sortes d'eau, l'une venant de la Dhuys et l'autre du canal. Mais est-on sûr qu'ils se servent toujours de la première pour l'usage interne?

Disparition de l'ascite dans la cirrhose
L'hippurate de chaux contre cette maladie (1).

M. *Dujardin-Beaumetz* en cite un nouvel exemple. On avait retiré par ponction cinq litres de liquide ascitique à un alcoolique de 40 ans. L'ascite ne se reproduit pas et l'état général s'améliore. Cependant, cet homme meurt d'une pneumonie et l'autopsie démontre qu'il avait bien une cirrhose.

Ce malade avait été soumis à l'usage du sirop suivant conformément à une thérapeutique récemment préconisée par notre confrère M. *Poulet* (de Plancher-les-Mines) :

Acide hippurique........	25 grammes
Lait de chaux............	Q. S.
Eau de chaux............	500 gr.
Sirop de sucre..........	600 gr.
Alcoolat de citron.......	4 gr.

On administre ce sirop par cuillerées à bouche de manière à donner 4 à 8 gr. d'hippurate de chaux par jour.

Quant à la ponction de l'ascite, que beaucoup de médecins ne pratiquent qu'en présence des phénomènes de compression et d'asphyxie, il y aurait peut-être avantage à la pratiquer plus tôt, dès qu'il existe une certaine quantité de liquide, puisqu'on a vu la guérison se produire après une seule ponction.

(1) Voir *Concours médical*, n°s 32 et 33.

Incubation de la Rougeole

Voici les conclusions d'un intéressant mémoire publié par le Dr SEVESTRE dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.*

1° La période d'incubation de la rougeole a une durée à peu près fixe, quelles que soient les conditions dans lesquelles se développe cette maladie. Cette durée est de huit à neuf jours, et l'on peut évaluer à treize ou quatorze jours l'intervalle qui sépare le moment de la contagion de l'éruption.

2° La rougeole est contagieuse pendant la période d'invasion et dès le début des prodromes ; elle est encore contagieuse pendant l'éruption, mais cesse de l'être dès que celle-ci est terminée.

3° La contagion de la rougeole se produit à la suite d'un contact plus ou moins prolongé, le plus souvent médiat, mais à faible distance, avec un enfant

---

ne parlent pas sa langue ; il lui faudra du temps pour s'habituer au terre à terre des causeries, des intérêts, des idées. Sans ses études, ses courses lointaines et multipliées, et bientôt la famille peut-être, il succomberait ; même marié, sa vie reste un peu celle du cénobite.

Il n'y a guère de place pour l'ennui dans la journée du médecin de campagne, pas toujours pour le sommeil, à peine pour les repas. Le soleil n'est pas encore levé que l'on a déjà sonné à sa porte ; on le réclame à droite ; il comptait aller à gauche, où il a plusieurs malades ; n'importe, il fera un peu plus de chemin, mais chacun aura son tour.

Jadis il chevauchait sur son bidet, les jambes enserrées dans des « houseaux » de cuir, les houseaux à tringles du vieux jeu ; l'état actuel de la vicinalité lui permet de rouler en cabriolet ; moins de pittoresque, moins de fatigue aussi. Il va à deux, trois, quatre lieues de sa résidence, d'un hameau à un autre hameau, d'une chaumière à une autre chaumière ; pauvres malades, dans de pauvres logis, quelquefois misérables, ordinairement dénués des objets les plus nécessaires, à l'absence desquels il a fallu pourvoir ; il a presque toujours dans sa voiture, avec sa trousse et ses outils, les médicaments indispensables pour les cas urgents ; le patient pourrait quelquefois être parti d'où l'on ne revient pas avant que le messager soit revenu de la ville ! Seulement, n'ébruitez pas cette précaution humanitaire, n'en dites rien ; l'administration pourrait s'en émouvoir et pour le moins infliger une patente à ce pharmacien par charité.

Quand il rentre, déjà harassé, il trouve les bons hommes, les bonnes femmes du cru assiégeant la porte de son cabinet ; avant de songer à réparer ses forces, il faudra leur donner audience, secourir les mille maux de notre triste espèce, être tour à tour médecin, chirurgien et même dentiste, panser les plaies, raccommoder les membres cassés, ausculter celui-ci, interroger celui-là, prodiguer remèdes ou encouragements aux uns et aux autres. Puis l'heure de la tournée du soir est arrivée, il faut repartir pour battre une autre partie du canton jusqu'à la nuit. Cependant, le médecin de campagne aurait tort de trop compter sur elle pour se reposer ; bien souvent, un accident, un accouchement interrompront son somme si bien gagné, il lui faudra s'habiller à la hâte, tandis que la servante attelle le malheureux cheval, non moins fatigué que son maître. Survient-il une épidémie ? il sera seul pour y faire face. Le petit

atteint de rougeole à la période d'invasion ou d'éruption. La contagion par une personne étrangère, la contagion d'une salle à l'autre est douteuse, et en tout cas très exceptionnelle.

4° Il y a un intérêt véritable à déterminer par des observations précises la durée de la période d'incubation des maladies contagieuses autres que la rougeole.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 17 août).

La correspondance comprend : 1° Un décret du Président de la République autorisant l'Académie à accepter la donation que le sieur Hugo lui a faite de deux cents francs de rente. Les revenus de cette donation devront être consacrés à la fondation d'un prix quinquennal de mille francs qui sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage sur l'histoire médicale.

M. le Dr Costa de Bastelica lit un travail *sur l'assainissement de la plaine orientale de la Corse*. Il paraît que cette partie de l'île, très peuplée et très salubre à l'époque romaine, est devenue déserte et inculte, infestée par la malaria.

M. *Costa* indique différents moyens à l'aide desquels on pourrait ramener dans ce pays la salubrité et la fécondité (défrichement, assèchement des marais) imposés au besoin par une loi analogue à celle qui a été faite en France à propos des landes de Gascogne.

Etude sur les maladies en Syrie

Par M. le Dr de Brun, professeur à Beyrouth.

Parmi les maladies observées en Syrie, la malaria est de beaucoup la plus fréquente ; elle se rencontre sur la côte, à des degrés divers, et dans l'intérieur des terres, surtout dans la Becka.

J'ai eu l'occasion d'observer des faits d'impaludisme aigu qui pouvait constituer la forme dyspnéique, caractérisé par une dyspnée qui, en moins d'une heure, devient comparable à celle d'un croup avancé. La voix, d'abord rauque, s'éteint vite, bientôt un sifflement respiratoire se produit et le tirage arrive.

L'examen de la gorge ne donne que des résultats négatifs. Le plus souvent, après quatre ou cinq heures de lutte, une amélioration se produit très rapidement et le petit malade guérit sans convalescence.

Cette forme, qui s'accompagne d'un œdème aigu et violent du larynx, peut en certains cas être accompagnée d'œdème pulmonaire. Dans d'autres faits, on n'observe absolument aucun symptôme laryngé ; ces accidents sont justiciables du sulfate de quinine.

Après la malaria, la maladie la plus fréquente est la syphilis, beaucoup plus fréquente qu'en France. On observe surtout les accidents tertiaires ; ce sont les musulmans qui nous en fournissent le plus grand nombre de cas, quoiqu'ils ne constituent guère que le quart de la population à Beyrouth.

La syphilis héréditaire est peu fréquente, je n'en ai observé que peu d'exemples.

Les affections du tube digestif sont également fréquentes (diarrhée, dysenterie, affections stomacales, etc., etc.) ; la cause en est attribuée au régime alimentaire et à l'abus de l'alcool, principalement à l'arack qui contient de 36 à 38 % d'alcool ; en raison de son prix peu élevé, elle est à la portée de tous.

J'ai été frappé de la fréquence considérable des parasites du tube digestif et, en particulier, du tœnia inerme. J'ai obtenu de bons résultats dans ces

---

aperçu que nous venons de vous donner de sa journée se doublera, se triplera peut-être ; et par-dessus le marché il rentrera chaque soir tremblant, non pas pour lui, grand Dieu ! mais pour la femme, pour l'enfant bien-aimés, dont l'amour le console, le fortifie dans cette vie d'épreuves, et auxquels il peut, tous les jours, apporter la mort avec le germe de la maladie.

Evidemment, si le médecin de campagne était rétribué en proportion de son dévouement et de ses peines, il arriverait à la fortune ; mais ce sont les ressources de sa clientèle qui servent de base à ses honoraires, et, vous ne l'ignorez pas, ces ressources sont plus que modestes. Il traite, il est vrai, les bourgeois, les châtelains en villégiature, mais il n'en reste pas moins un médecin de pauvres, et il n'a à attendre de ceux-ci que bien juste ce qui sera nécessaire à l'existence de sa famille. C'est en cela que, la fièvre de l'enrichissement instantané ayant gagné tout le monde, le choix fait par ce jeune homme instruit, travailleur, de cette laborieuse, mais ingrate carrière nous semble digne de tous nos respects et de toutes nos sympathies.

Peut-être supposerez-vous que la reconnaissance des gens auxquels il prodigue ses soins compense la modestie du salaire et qu'elle ne manque jamais, à ce juif errant de la Faculté ? Ce serait une erreur. Ce sentiment de reconnaissance ne pénètre qu'exceptionnellement dans le cœur du paysan, le médecin l'eût-il arraché à la mort. Il l'a payé, — quand il le paye, — cela suffit pour qu'il se tienne pour quitte envers son sauveur. Il y a même dans la légèreté de cœur avec laquelle il porte le bienfait une particularité assez bizarre, mais bien conforme au tempérament rustique. Ce qui le frappe, c'est bien moins le prix de cette visite que la rapidité avec laquelle il a été gagné ; il en a supputé les secondes et calculé aussi le nombre d'heures pendant lesquelles il lui faudrait piocher la terre pour en réunir autant, et le résultat de son opération d'arithmétique lui apparaît absolument renversant. Je raisonnais un jour un brave homme que j'avais trouvé complètement exaspéré par le payement d'une visite de trois francs ; je lui faisais observer que le docteur avait dû dépenser beaucoup d'argent, travailler une quinzaine d'années pour être en mesure de le guérir, que, de plus, il avait fait cinq kilomètres pour venir le trouver et autant pour s'en retourner, etc. — Tout cela c'est la vérité, me répondit-il, mais c'est égal, trois francs pour cinq minutes de temps, c'est trop

cas par l'emploi de la noix de coco, grâce à laquelle, sur trente-deux cas, vingt et un malades, qui avaient pris inutilement des vermifuges, ont été guéris.

L'emphysème pulmonaire est très fréquente en Syrie ; je crois qu'elle est due à l'abus du narghilé.

Quand j'aurai signalé la fréquence des ophthalmies, et en particulier des granulations conjonctivales, la fréquence des conjonctivites herpétiques, de la gravelle et des calculs vésicaux, l'existence de la lèpre, de l'éléphantiasis, du bouton d'Alep, des fièvres éruptives, de la fièvre typhoïde, de la coqueluche, de la diphthérie, la rareté des maladies du système nerveux quelques épidémies de fièvre dengue, et la production en été d'un prurit violent qui porte le nom d'éruption sudocale, j'aurai énuméré les principales affections que nous avons à observer et à combattre en Syrie.

DERMATOLOGIE

Teigne et teigneux.

Il y a des maladies qui devraient disparaître du monde civilisé, si les pouvoirs publics avaient confiance dans les médecins ; la teigne est de celles-là. Si tous les médecins savaient faire rapidement le diagnostic et avaient le moyen de faire exécuter rigoureusement leurs prescriptions, la teigne serait dans dix ans aussi rare en France que la lèpre.

Hélas! il s'en faut que les choses aillent ainsi. Si le favus, mieux connu, qui saute aux yeux pour ainsi dire, est en voie de décroissance, la tondante ne semble pas diminuer beaucoup dans les villes et dans les campagnes. A Paris notamment, les consultations des hôpitaux d'enfants nous montrent combien la teigne est encore fréquente, malgré les efforts des médecins inspecteurs des écoles. Aussi faut-il saluer avec reconnaissance un travail aussi remarquable et aussi fécond en résultats pratiques que celui de M. le Dr H. Feulard, chef de clinique adjoint du professeur Fournier (1).

M. Feulard est de ceux qui savent tirer parti de l'histoire de la médecine et qui, au lieu de n'y voir qu'une succession de noms et de dates, d'anecdotes plus ou moins curieuses sur les grands médecins et d'éditions de leurs ouvrages, préfèrent mettre en relief au milieu des contradictions doctrinales la lente genèse des vérités définitives ; il sait ainsi tirer de l'examen du passé des conclusions pratiques pour le présent et pour l'avenir. Cette histoire des teignes qu'il vient de nous raconter, est d'un intérêt extrême ; elle est assez flatteuse pour notre amour-propre français ; car on y voit quelle large part nos compatriotes ont prise aux découvertes relatives à la nature et au traitement des dermatoses parasitaires du cuir chevelu.

Connaissez-vous cette définition de la teigne que donne Guy de Chauliac, parlant des *passions des poils* en sa *Grande chirurgie* ? « La teigne est rongne de la teste avec escailles et croustes, et quelque humidité et arrachement de poil et couleur cendreuse, odeur puante et aspect horrible... Jamier l'appelle « teigne » du verbe « tenir », parce qu'elle tient fermement la teste ou du ver nommé tigne ; car comme ce ver corrompt le boys, ainsi la teigne gaste la teste. »

Nous n'avons pas à nous occuper ici de la partie du livre de M. Feulard qui est consacrée à l'historique.

(1) Teigne et Teigneux. (Histoire médicale. — Hygiène publique), par le Dr Henri Feulard, ancien interne des hôpitaux. G. Steinheil, 1886.

---

gros. Si encore il était resté le quart d'heure !

La règle d'ingratitude a une exception constante ; les mères se souviennent de l'enfant que le médecin leur a conservé. C'est par la maternité que la paysanne se rattache à la femme. En pareil cas, la réputation du docteur trouve dans ces mères des apôtres enthousiastes. Il est vrai que, si le contraire s'est produit, lorsque la cure n'a pas été heureuse, elles procèdent à sa démolition avec une égale ardeur et pas mal de perfidie ; il n'est pas rare d'entendre une de ces dames démontrer scientifiquement que c'est le remède du praticien qui a tué le malade ; et, aux champs comme à la ville, il reste toujours quelque chose de la calomnie. D'ailleurs, quel que soit son savoir, le médecin de campagne sera toujours exposé à plus d'échecs que son collègue de la ville, parce que le plus souvent il est appelé trop tard, même quand il s'agit des enfants. Quant aux vieux, il est bien rare qu'il ait à porter la responsabilité de leurs décès. L'insouciance parfaite dont ceux-ci sont généralement l'objet ménage aux anciens une fin d'un caractère vraiment philosophique ; ils s'en vont en gens convaincus que la médecine n'a pas contre la vieillesse de remède plus sûr et peut-être plus doux que la mort.

Le médecin de campagne vieillit assez ordinairement où il a vécu, s'est habitué à l'étroitesse de son horizon, à cette existence à la fois si active et si monotone ; il s'est attaché à cette population dont il a amené au monde toute la jeunesse ; il s'est créé des relations, des amitiés dans le coin de terre où les hasards de la destinée l'ont parqué, il y reste. L'âge essaye vainement de lui imposer le repos, il ne peut pas se résoudre à ne plus exercer sa profession ; à l'encontre de tant d'autres, cette profession, plus cet homme avance dans la vie, plus il l'aime ; il y a dans cet attachement à un métier si rude autre chose que de l'habitude ; elle possède un charme qui l'attache à elle, la conscience d'être utile et bon à ses semblables ; affichât-il le scepticisme, qu'il reste sensible à son attrait ; et puis, cette lutte perpétuelle contre les maladies, contre les infirmités, contre la mort, a ses joies, puisqu'elle a ses triomphes.

(*Le Temps.*) G. DE CHERVILLE.

Elle est traitée avec une clarté d'autant plus méritoire que le sujet est plein d'obscurités et qu'il eût été facile de s'égarer dans le dédale des théories contradictoires.

Ceux qui la liront apprendront, chemin faisant, une foule de détails curieux sur l'histoire de l'hôpital Saint-Louis.

Ils apprendront aussi tout ce qu'on sait aujourd'hui de la nature des teignes et leurs traitements, et compléteront les notions que l'un de nos collaborateurs a condensées dans un résumé très substantiel, l'année dernière.

Nous indiquerons deux points particulièrement neufs dans le travail de M. Feulard. Dans un chapitre il expose les découvertes des botanistes contemporains sur le polymorphisme des champignons, c'est-à-dire sur les transformations d'aspect que certains d'entre eux peuvent subir en changeant de milieu. On s'est demandé si les champignons pathogènes des trois espèces de teignes, l'achorion du favus, le trichophyton de la tondante et le microsporon de la pelade (à supposer que ce dernier soit vraiment pathogène), ne faisaient pas partie d'une même espèce et ne dérivaient pas simplement des champignons des moisissures. Mais les cultures d'achorion et de trichophyton et les inoculations aux animaux ont clairement démontré la spécificité de chacune de ces espèces de teigne.

L'étude de la contagion des teignes des animaux à l'homme et inversement est d'un grand intérêt pratique. La teigne faveuse atteint de préférence les petits animaux, souris et chat. La souris y étant fort sujette, la donne probablement au chat, et les enfants qui aiment tant à jouer avec les jeunes chats peuvent se contagionner de ce fait.

La teigne tondante ou tonsurante se rencontre principalement chez le bœuf et le cheval, quelquefois chez le chat et le chien. La trichophytie sous toutes ses formes, herpès circiné de la peau, teigne tonsurante du cuir chevelu et trichophytie de la barbe a été souvent communiquée à des cavaliers par des chevaux de remonte mal surveillés.

Le chapitre sur les traitements de la teigne est aussi complet que possible. Nous en extrayons seulement la conclusion.

« En résumé, l'épilation, seule ou avec l'emploi de substances parasiticides ou irritantes, est à l'heure actuelle la méthode la meilleure de traitement des teignes; ce qu'il faut bien se rappeler, c'est que, la guérison dans la teigne tondante finissant toujours par se faire spontanément, et la maladie, quelle que soit sa durée, n'entraînant jamais l'alopécie, il faut par conséquent dans le choix des topiques employés bannir absolument tous ceux qui pourraient provoquer une dermite intense et une perte des cheveux irrémédiable.

Voici quel est le traitement actuellement employé par M. Ern. Besnier à Saint-Louis :

1° Couper les cheveux ras *avec des ciseaux*, jamais au rasoir, cause fréquente d'auto-inoculations.

2° Epiler les plaques trichophytiques dans la mesure du possible, épiler surtout une zone circonférencielle destinée à les isoler absolument des parties saines périphériques.

3° Lotions savonneuses matin et soir ; quelquefois onctions avec une pommade légèrement soufrée (1 et 2 grammes pour 30).

4° Pour accélérer l'élimination spontanée des cheveux infiltrés en provoquant une certaine irritation, on touche la plaque de trichophytie avec un peu d'acide acétique cristallisable pur ou mélangé de chloroforme. On se sert d'un pinceau taillé court afin d'éviter d'employer trop de liquide et d'empêcher celui-ci de couler sur les parties voisines. Ces applications sont faites à intervalles plus ou moins éloignés pour ne pas produire une trop vive irritation. Les enfants de la ville ne viennent au pansement qu'une fois par semaine.

L'épilation doit être répétée tant que l'on retrouve sur la plaque des cheveux malades ; la dénudation périphérique doit être soigneusement entretenue. Le criterium de l'arrêt du traitement est l'examen microscopique des cheveux qui indique s'il en est encore de malades ; mais il faut encore, après l'arrêt du traitement, maintenir l'enfant en observation pendant un, deux, quelquefois même trois mois avant de pouvoir certifier la guérison.

M. Lailler emploie l'épilation de la même façon ; et, comme pour le favus, il fait actuellement maintenir en permanence sur la tête des enfants malades de tondante, des compresses trempées dans une solution de sublimé glycérinée. »

M. Feulard, visitant à Vienne le service du professeur Kaposi, l'entendit insister, non sans quelque ironie, sur la facilité qu'on avait à l'hôpital Saint-Louis d'étudier de semblables maladies, tant les teigneux abondent en France.

« Il est malheureusement exact, ajoute M. Feulard, que la France, parmi les nations européennes, est l'une de celles où la teigne faveuse est la plus répandue ; mais nous croyons qu'il nous sera facile de démontrer ce que nous avons répondu à M. Kaposi, à savoir : que la teigne diminuait dans notre pays dans des proportions notables. »

Dans une communication faite, il y a quelques mois, à l'Académie, M. Feulard a démontré par le dépouillement des comptes rendus des opérations des conseils de revision, que depuis 20 ans, le nombre des exemptions du service militaire causées par le favus a diminué de plus de moitié, étant tombé de 800 à 300. Comme dans bien des endroits les parents ne font pas soigner leurs enfants atteints de favus afin de les en faire bénéficier au conseil de revision, il conviendrait de supprimer ce cas d'exemption, et, comme on le fait en Autriche, d'incorporer les teigneux en les faisant soigner de suite dans les hôpitaux militaires.

Le dernier chapitre du livre de M. Feulard est consacré à l'ensemble des moyens prophylactiques par lesquels on pourrait faire disparaître les teignes.

L'inspection médicale des écoles doit être la base d'un système destiné à faire disparaître peu à peu la teigne de la France. L'instruction primaire étant obligatoire, l'école peut devenir un lieu de révision sanitaire permanente. Les enfants atteints de teigne

étant ainsi forcément connus devront être soignés et guéris.

A Paris, la difficulté n'est pas très grande. Mais dans les campagnes et les petites villes ?

La proposition faite par notre éminent ami M. Gibert (du Hâvre) « d'instituer aux chefs-lieux de canton un traitement des teigneux renvoyés des écoles et amenés aux chefs-lieux à des époques fixes en choisissant les mois d'été », paraît à M. Feulard difficile à exécuter, à cause de la peine qu'on aurait à trouver, dans chaque chef-lieu de canton, un personnel suffisamment exercé (en ce qui concerne l'épilation notamment) pour instituer un traitement. Il vaudrait mieux choisir dans chaque département trois à quatre villes importantes, et de celles qui sont munies d'un hôpital pour y faire venir tous les enfants teigneux des communes situées dans le ressort de chacune de ces villes. Le préfet aurait la direction administrative de ce service et le conseil d'hygiène du département la surveillance médicale.

Les conseils généraux voteraient chaque année les fonds nécessaires à ces traitements. Les médecins cantonaux, par des inspections fréquentes et régulières dans les écoles, seraient chargés de diriger sur l'hôpital de la circonscription les enfants reconnus malades. Dans l'intervalle des visites du médecin inspecteur, le maître de l'école, à qui seraient données soit sous forme de leçons (Gibert), soit sous forme d'instructions écrites, les premières notions relatives aux teignes prendrait les mesures nécessaires pour exclure les enfants teigneux.

Pour les enfants dont les parents refuseraient l'envoi au chef-lieu de la circonscription, un traitement pourrait fonctionner 2 ou 4 fois par mois sous la direction du médecin cantonal et l'épileur de l'hôpital de la circonscription s'y transporterait.

Enfin, la teigne écartant l'enfant de l'école à un âge où il est nécessaire de l'instruire, pour éviter le préjudice que peut causer à l'avenir des enfants une suspension de travail de 6 à 18 mois, un désideratum s'imposait : la création d'*écoles de teigneux*. M. Feulard les réclame, et déjà sa demande reçoit un commencement de satisfaction pour Paris. Dans la séance du 16 juillet, le conseil municipal a voté, sur le rapport du Dr Robinet, un crédit de 14,565 fr. pour la création d'un service de teigneux dans les vieux bâtiments devenus inoccupés des bains externes de l'hôpital Saint-Louis. Les enfants n'y seront pas internés, mais admis comme *demi-pensionnaires* de 8 h. du matin à 5 h. du soir. Un déjeuner à midi et le goûter à 4 heures leur seront fournis ; enfin ils recevront l'instruction appropriée à leur âge.

Acceptons donc l'espoir que nous fait entrevoir M. Feulard d'une extinction complète de la teigne dans notre pays, et félicitons-le surtout d'avoir couronné ses fortes études médicales en signant une belle et bonne œuvre.

P. Le Gendre.

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Convulsion épileptiforme et lavage de la plèvre,

Par le Dr R. Saint-Philippe,
Médecin des hôpitaux de Bordeaux.

Il s'agit d'un homme atteint d'une pleurésie purulente et dont l'état était si mauvais qu'on hésitait à intervenir croyant le malade phtisique.

« ..... Le 18 décembre, M. Piéchaud fils et moi nous procédâmes à l'opération projetée et décidée d'un commun accord. Couche par couche, nous arrivâmes sur la collection qui avait décollé les muscles à une grande distance, et ce premier débridement, pas mal laborieux, donna issue tout d'abord à deux ou trois litres d'un pus phlegmoneux, blanc, sans odeur aucune. Avant d'ouvrir l'espace, nous pratiquâmes cette ponction exploratrice préalable que tous les sages observateurs recommandent, et ce n'est qu'à l'apparition du pus dans la canule que nous nous décidâmes à inciser la mince enveloppe fibro-musculaire. Un flot, qu'il fallut contenir, vint faire brusquement irruption. Le malade eut une sensation d'angoisse affreuse, devint très pâle, comme prêt à défaillir; mais ce ne fut que l'affaire d'un moment. Peu à peu tout rentra dans l'ordre et nous pûmes laver la cavité, les cavités plutôt (celle de la paroi et celle de la plèvre) avec une solution phéniquée d'abord, puis avec de la teinture d'eucalyptus mitigée. Puis nous plaçâmes côte à côte deux drains très gros (de la dimension de l'index) dans la poitrine, où ils ne risquaient pas d'être comprimés dans l'espace; et nous en glissâmes un troisième sous la paroi décollée ; le tout protégé par un pansement de Lister rigoureux, retenu autour de la poitrine par un large bandage de corps que maintenaient de solides épaulettes.

Le lendemain, les pièces du pansement étant salies, nous fimes un nouveau lavage et refimes le même pansement minutieux. Et ainsi de suite, sans incident, les jours suivants. Puis, nous fimes les pansements de plus en plus rares, ne nous laissant guider que par l'odeur et l'apparence des pièces extérieures. Nous étions alors arrivés au 14 janvier, deux mois après la date du début.

A mon grand étonnement, l'état général du malade s'était amélioré. Le cœur avait repris à peu près sa position normale. En avant, à gauche, on commençait à percevoir des frottements humides, puis secs. En arrière, le murmure vésiculaire s'entendait à moitié poitrine. A droite, les râles humides s'effaçaient. L'expectoration diminuait notablement, les sueurs aussi. Le poumon, accusé d'être tuberculeux, reprenait peu à peu ses fonctions. Seule, la fièvre restait très forte. Température et pouls très élevés. D'autre part, la suppuration de la plèvre ne tarissait point. C'est alors que j'administrai le salicylate de soude à l'intérieur, à la dose de 6 grammes par jour, dans une potion contenant du rhum et du sirop d'écorce d'orange amère.

A partir de ce jour — je le fis constater à mon excellent collègue et ami Piéchaud — le mieux devint réellement sensible. Nous arrivâmes ainsi au 22

janvier. Nous avions déjà supprimé le drain des parties molles et réduit sensiblement la longueur de ceux de la plèvre. Le malade, se plaignant de douleur au niveau de la plaie, surtout quand il était debout (car nous le faisions lever déjà), nous décidâmes de supprimer aussi l'un des deux drains de la plèvre, et finalement de remplacer celui qui restait par un autre de dimensions beaucoup plus réduites. Nous pensions, avec raison je crois, que la douleur accusée par le malade provenait du frottement du tuyau de caoutchouc sur le poumon qui se décomprimait et venait buter contre la paroi. Et de fait, cette gêne disparut à la suite. Nous ne faisions plus que de rares lavages, toujours avec la même solution et les mêmes précautions dans le maniement de l'irrigateur qui nous servait de pompe et de siphon. Le malade allant de mieux en mieux, nous ne jugions plus utile de le voir ensemble, et c'était moi qui pratiquais les injections. Ce jour-là, ce fut le patient lui-même qui vint m'accueillir à la porte. Je le complimentai sur sa bonne mine, lui annonçant qu'il allait pouvoir bientôt partir pour la campagne — guéri. — Encore quelques jours et tout allait être fini. La santé effectivement lui revenait à grands pas. Il avait pris de l'embonpoint, mangeait d'un excellent appétit, dormait toute sa nuit et acceptait facilement les quatre cuillerées d'huile de foie de morue auxquelles il était maintenant soumis, en même temps qu'à un sirop phéniqué parfaitement dosé. Bref, c'est dans ces excellentes conditions que le 24 janvier, à dix heures du matin, je le fis asseoir sur son lit pour lui laver encore une fois sa plèvre.

Le drain étant notablement plus petit, j'éprouvai une certaine résistance à introduire l'injection. Je n'avais pas poussé plus de 100 grammes du liquide habituel que le malade se plaignit de souffrir et accusa des fourmillements dans le bras du même côté. Je n'attachai pas d'importance à ce phénomène et continuai mon opération. Tout à coup, M. M... pousse un cri : « Ah ! mon Dieu, dit-il, je n'y vois plus. » Et en même temps, il tombe à la renverse, pâle et défait, les globes oculaires convulsés, la respiration suspendue, tout à fait comme un homme qui va mourir. Je me relevai précipitamment, ne sachant trop que penser et d'autant plus effrayé que j'avais connaissance d'un fait analogue arrivé en ville et terminé par la mort. Je saisis le pouls. Quoique lent, faible et défaillant, il ne faisait point absolument défaut. Au bout d'une minute environ, le côté droit de la face est pris de convulsions saccadées, de contorsions épileptiformes, la tête et le cou se contractent et se tournent violemment à droite. Les pupilles sont horriblement dilatées. La vue a disparu entièrement, mais non la connaissance. Le malade semble entendre ce qu'on lui dit. Il répond bientôt, quoique très faiblement, aux questions qu'on lui pose. On constate que le membre supérieur gauche est paralysé complètement. Pendant la demi-heure d'angoisse que durèrent tous ces accidents, bien faits, vous le comprenez, pour alarmer le médecin, et dont l'entourage s'épouvantait bruyamment, j'eus le loisir d'examiner à mon aise les phénomènes qui se déroulaient. Bientôt, sous l'influence des excitations portées sur la face et sur la région du cœur et grâce aux aspersions et aux flagellations mises en œuvre, l'état du malade sembla se relever. Les couleurs revinrent peu à peu aux joues, la vue reparut insensiblement, les pupilles, naguère si énormes, reprirent leurs dimensions. Notre malade conservait seulement un état d'hébétude profonde. Quatre injections d'éther pratiquées aux membres supérieur et inférieur ramenèrent assez promptement le mouvement. Il ne resta bientôt plus qu'un peu d'engourdissement. Bref, trois quarts d'heure après le début de cette scène vraiment dramatique, le calme avait fait place à l'orage. La journée s'acheva paisiblement, et le lendemain rien n'y paraissait plus. Je vous laisse à penser si je renonçai du coup aux injections pleurales. D'un commun accord, quatre jours après, mon ami M. Piéchaud et moi, nous convînmes d'enlever le drain qui restait. Le trajet suppurait fort peu et tachait à peine les pièces du pansement. Le malade nous demanda d'aller achever sa convalescence à la campagne. Nous l'autorisâmes. Il partit le 3 février, deux mois et demi après l'opération. Je l'ai revu dans les premiers jours du mois de mars. L'état général est parfait. Le trajet fistuleux est complètement fermé. La respiration s'entend parfaitement dans les trois quarts de la poitrine. A la base, on perçoit les frottements cicatriciels. Aujourd'hui, ainsi qu'on peut s'en assurer par l'examen attentif du malade que je présente à la Société, la guérison peut être considérée comme complète. Je lui fais continuer l'huile de foie de morue, des badigeonnages iodés et, depuis quelques jours, je le soumets à des séances d'électrisation destinées à prévenir la déviation si fréquente en ces occasions, mais que rien chez lui ne semble annoncer pour le moment. »

Notre distingué confrère fait suivre cette observation de quelques réflexions très judicieuses.

« Chez les pleurétiques il ne faut pas se laisser détourner d'une intervention active, par l'apparence du fâcheux tableau qu'ils présentent souvent. Rapidement l'état des pleurétiques qui ne guérissent point par les moyens médicaux, s'assombrit et s'aggrave. Il en est de certains de ces malades comme des enfants atteints du croup et à propos desquels on discute l'opportunité de la trachéotomie. Il est bien rare qu'on se trouve en face d'un cas complètement favorable et, si l'on se laissait aller à son impression, on n'opérerait que bien rarement, tant le pronostic paraît le plus souvent désespéré. Et pourtant que de fois l'événement est venu tromper nos plus sombres prévisions !

Dans l'espèce, la tuberculose est le fantôme qui nous hante le plus. Pour peu qu'il y ait chez notre malade de la fièvre, de l'amaigrissement, des sueurs nocturnes, le tout greffé sur des récits de bronchite antérieure, nous sommes agités de la crainte que les signes stéthoscopiques que nous constatons du côté opposé à l'affection ne soient dus à l'envahissement tuberculeux, tandis qu'ils peuvent se rattacher tout simplement à de l'œdème, à de la congestion, à de l'inflammation même ; et nous hésitons, nous ater-

moyons, nous reculons. Je n'enseigne pas assurément qu'il faut pratiquer à tout venant la thoracentèse ou l'empyème, comme des opérations inoffensives, tandis que nous apprenons tous les jours qu'elles peuvent être traversées des surprises les plus pénibles. Mais j'estime que, devant une indication positive et manifestement pressante, il faut savoir vaincre ses répugnances et faire profiter son malade de la seule chance de salut qui lui reste.

Quant à la méthode opératoire employée chez notre sujet, le choix nous était commandé, en quelque sorte, par la situation même. En présence de la collection purulente de la paroi, il n'y avait qu'à ouvrir largement et à traiter l'épanchement comme un abcès vulgaire. L'introduction d'un double drain nous a permis de pratiquer commodément des lavages que l'irrigateur introduisait dans la cavité, sous une pression volontairement modérée. Le liquide dont nous nous sommes servis a été constamment de la teinture d'eucalyptus, dont je ne saurais trop vanter les qualités désinfectantes et desséchantes, si je puis dire ; en plus d'une circonstance, j'ai eu l'occasion de m'en louer comme bien d'autres. Nous ne nous sommes servis d'eau légèrement phéniquée que quand nous avons voulu nous assurer de la couleur et de la quantité de l'injection qui revenait et pour nous éclairer exactement sur ce qui se passait à l'intérieur de la poche suppurante. On l'a vu, c'est au pansement de Lister rigoureusement appliqué que nous avons eu recours du commencement à la fin. Et nous l'avons renouvelé assez fréquemment pendant les premiers jours. J'estime qu'en pareille matière, il ne peut y avoir de règle bien fixe et l'on ne peut se laisser guider que par les indications. Chaque cas offre les siennes. L'abondance et la fétidité de la suppuration sont les guides qu'on doit surtout consulter ; elles seules tracent la conduite à suivre. De même pour l'intervention chirurgicale. Telle pleurésie pourra être traitée par l'introduction à demeure d'une canule d'argent, telle autre se trouvera bien du siphon de Potain, telle enfin du drainage de la plèvre.

En passant, je relève les bons effets obtenus très rapidement par l'emploi que nous fîmes ici du salicylate de soude à l'intérieur. Déjà, dans un travail antérieur, à propos du traitement de la variole confluente, j'avais indiqué, par analogie, l'usage rationnel qui pouvait être fait pour tarir les grandes suppurations d'un médicament dont j'avais constaté les excellents effets chez les varioleux. Ce cas me confirme dans mon opinion. Dans l'espace de huit à dix jours, l'amélioration fut patente. Est-ce en tarissant la suppuration ou bien en agissant sur la fièvre de suppuration que le salicylate de soude opère ? Je ne le sais pas plus maintenant qu'il y a un an. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce remède, manié avec hardiesse et à propos, me paraît destiné à rendre les plus grands services en pareil cas, et le fait actuel est un jalon empiriquement posé dans cette voie.

J'arrive à l'incident émouvant qui fait le principal intérêt de cette communication, la crise épileptiforme qui a éclaté pendant un des derniers lavages de la plèvre.

Cette crise s'est montrée juste le lendemain du jour où les deux drains volumineux furent enlevés et remplacés par un autre de volume bien inférieur ; c'est que l'injection a eu grand'peine à pénétrer et qu'elle a amené d'emblée un peu de sang. Par conséquent, il n'est pas douteux qu'on doive attribuer l'accident survenu à la pression déterminée dans une cavité rétrécie et distendue par du liquide injecté trop violemment. Et ce point de détail, je l'ai relevé dans toutes les observations du même genre : c'est toujours quand il y avait une simple canule, quand on avait raccourci, simplifié le drain, quand le pus avait diminué sensiblement, quand l'écoulement se faisait mal, que l'explosion des accès s'est produite. Et chaque fois, l'injection a causé au début une certaine souffrance, dont il n'était point tenu compte. En sorte que, si l'on peut hésiter encore sur la pathogénie de ces *accidents singuliers*, l'on ne peut plus douter, je le répète, que ce soit à cette distension brusque qu'il faille apporter leur cause prochaine. Certes, comme le dit M. Testut dans sa thèse d'agrégation, ces réflexes partis de la plèvre sont merveilleusement aptes à prouver que dans cette séreuse, comme dans les autres, il existe incontestablement des *nerfs sensibles*. Mais cela n'ôte rien de sa valeur à cette autre affirmation : que pour mettre en jeu une telle sensibilité, il faut réaliser certaines conditions mécaniques, qui me paraissent bien déterminées maintenant.

Ces conditions funestes, il s'agit de les éviter, et on peut y arriver sans trop de peine : après l'ouverture de la cavité thoracique (qu'il s'agisse de l'opération de l'empyème ou du simple drainage), il ne faut pratiquer les injections détersives qu'avec la plus grande circonspection. Il faut au moins connaître le danger éventuel qu'on court par là.

Ce danger est à peu près nul dans les premiers temps qui suivent l'opération. Il s'accroît au fur et à mesure que se fait l'accolement cicatriciel des deux feuillets de la plèvre, et il y a surtout lieu de s'en préoccuper au moment où, par les progrès de la cicatrisation, l'on n'a plus affaire qu'à une petite cavité. Dans ce cas, il sera toujours d'une sage pratique ou de suspendre les injections, si elles ne sont pas absolument nécessaires, ou de ne les faire qu'avec une extrême lenteur.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

La déontologie à l'Etranger.

Dans une lettre adressée au *British Medical Journal* du 10 juillet, un praticien anglais pose la question suivante de déontologie :

« J'ai un certain nombre de clients qui viennent me consulter de fort loin. Serait-il contraire à l'étiquette professionnelle d'annoncer dans un ou deux des journaux qu'ils ont l'occasion de lire mon absence projetée pour le mois d'août prochain ?

Cette conduite est celle de beaucoup de praticiens Irlandais, qui évitent ainsi à leurs clients une perte de temps et d'argent. »

Le directeur du *British* répond : « que la pratique en question est évidemment susceptible d'objections. Si un médecin peut annoncer son départ par voie de la presse, il devra pouvoir aussi donner avis de son retour, faire connaître sa résidence et ses heures de consultation, etc. Tout cela est manifestement contraire aux règles de la profession. »

Un autre médecin demande si sa conduite a été régulière dans le cas suivant :

« Par suite d'une longue maladie de mon frère je fus appelé à prendre soin de sa clientèle qui est considérable dans la ville de W. Appelé un soir pour un accouchement, je jugeai bon d'envoyer quérir un ami pour donner le chloroforme avant de pratiquer la version. Malheureusement, cet ami n'était pas chez lui et le mari de ma cliente fit chercher le Dr X., ennemi bien connu de mon frère. Celui-ci, sans tenir compte de ma présence et de mes réclamations, pratiqua la version avec beaucoup de peine et l'enfant, quoique né vivant, ne survécut pas cinq minutes. Comme je manifestais mon intention de ne plus m'occuper de la patiente, mon confrère m'objecta que j'agissais contre toutes les règles de la profession et me dit que j'étais un jeune homme ignorant. Ne voulant pas prolonger la discussion, je me retirai pensant que c'était pour moi la seule conduite digne à tenir. Ai-je bien fait »?

Réponse : « Vous auriez dû consulter auparavant le médecin que vous remplaciez et la famille de votre cliente. »

Les masseuses à Vienne.

Un journal médical de Vienne se plaint amèrement du patronage accordé au charlatanisme par des médecins occupant les plus hautes situations — professeurs, etc., — qui emploient comme masseuses leurs parentes ou leurs servantes.

Le massage n'est pas un traitement qui puisse sans danger être confié à une personne quelconque. Il réclame des connaissances non seulement sur l'anatomie normale, mais sur la nature et la marche de la maladie à laquelle on l'applique. Comme les masseuses en question pratiquent souvent en dehors de la surveillance du médecin, il n'est pas surprenant qu'on les trouve parfois massant, depuis des semaines ou des mois, une tumeur maligne ou une périostite tuberculeuse. Elles font ainsi beaucoup de mal. C'est aussi une grande pitié, continue le journal en question, que le public se soit mis en tête qu'il est indigne d'un médecin de pratiquer le massage. Des hommes comme Mesengeil, à Bonn, Busch, à Berlin, Bergmann, à Stockolm, Johnsohn, à Copenhague, n'ont pas eu honte de s'en servir. Il est très désirable que les autorités médicales, dans l'intérêt du public, comprennent qu'il est nécessaire de mettre des bornes à cette forme nouvelle de charlatanisme.

(Extrait du *Medical and Surgical Reporter. Philadelphia*, 3 juillet 1886.)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La cocaïne pour faciliter le lavage de l'estomac.

Le Dr Dixon Jones, pour obvier à certains inconvénients assez marqués quelquefois pour empêcher l'usage de la sonde gastrique, a adopté l'expédient suivant :

Quinze minutes environ avant de commencer l'opération, le malade tient dans sa bouche un peu de coton hydrophile saturé d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 4 % ; quelques minutes après, on fait un badigeonnage de l'isthme du gosier et du palais avec la même solution.

La sonde gastrique est lubrifiée avec de l'huile d'olive, de l'huile de gaultheria et de la cocaïne, puis on l'introduit ; on peut alors faire le lavage de l'estomac sans avoir à redouter l'expulsion désagréable du tube, les efforts de vomissements, qui si souvent interrompent l'opération.

(*Medical Record.*)

BULLETIN DES SYNDICATS ET DE L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Tribunal civil du Havre. Le secret médical et les Compagnies d'assurances-vie.

Première chambre. M. BAYEUX, président.

Audience du 30 juillet 1886.

Les principes de la liberté professionnelle et la règle absolue du secret médical imposent au médecin l'obligation d'ordre public de se refuser à la délivrance de tout certificat constatant les causes de la mort du client qu'il a traité, alors même que ce certificat serait exigé par une compagnie d'assurances sur la vie, préalablement à tout versement de capital assuré. La police qui renferme une telle clause, n'est pas opposable au médecin qui est un tiers au regard du contrat d'assurances de son client.

Le secret étant personnel au client décédé, personne, et principalement le tuteur des héritiers mineurs, n'a le droit d'en relever celui qui l'a reçu, en admettant même, contrairement à la jurisprudence, que ce droit pût appartenir au client lui-même, qui peut très-bien en ignorer la portée et l'étendue, le médecin étant souvent tenu de dissimuler la vérité à son client.

Un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors, du moins, qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée.

« Attendu que la compagnie d'assurances sur la vie, *Le Monde*, après avoir assuré le sieur Jean-Félix Nicolle, aujourd'hui décédé, pour une somme de dix mille francs, élève la prétention en se fondant, paraît-il, sur un article de ses statuts : de ne verser la somme qu'elle doit aux héritiers Nicolle, que sur le vu d'un certificat de médecin, constatant le genre et la durée de la maladie qui a entraîné la mort de son assuré ;

Attendu que Truffault, tuteur des héritiers, les mineurs Nicolle, agissant évidemment à l'instigation et sous la pression de la compagnie d'assurances, a assigné le docteur Boutan qui a soigné l'assuré pendant sa dernière maladie pour le contraindre à donner le certificat demandé; que le médecin, se retranchant derrière le secret professionnel qui lui est imposé, se refuse absolument à donner le certificat dont s'agit et a appelé en garantie le Syndicat des médecins du Havre qui a prescrit à tous ses membres de ne fournir ni directement, ni indirectement aucuns certificats de cette nature aux compagnies d'assurances sur la vie ;

Attendu que si on admet que le client d'un médecin peut dans certains cas relever celui-ci du secret professionnel qui lui est imposé par la loi sous des peines sévères, il semble que ce doit être dans tous les cas un droit absolument personnel qui ne peut se transmettre aux héritiers et, spécialement dans l'espèce actuelle, à un tuteur de mineurs qui pourrait compromettre les intérêts de ses pupilles et autoriser maladroitement la révélation des secrets de nature à nuire à leur avenir.

Attendu qu'aux termes d'une jurisprudence constante, celui que la loi oblige au secret professionnel est seul juge dans son âme et conscience de la question de savoir s'il a été ou non consulté sous le sceau du secret, que dans l'espèce le docteur Boutan affirme qu'il se considère comme astreint au secret et qu'il ne peut dès lors sous aucun prétexte être contraint de violer ce secret ; qu'on ne s'explique vraiment pas d'ailleurs comment, alors que le ministère des médecins n'est pas obligatoire et que les familles même ne peuvent exiger d'eux certaines révélations, des compagnies d'assurances sur la vie peuvent avoir l'étrange prétention d'obliger ces médecins à fournir des certificats et à violer en leur faveur le secret qu'il sont tenus de garder ; .....

Attendu que l'appel en garantie du syndicat des médecins du Havre a été nécessité par les prétentions reconnues mal fondées de Truffaut qui, succombant, doit supporter tous les dépens. »

Plaidants :

Me de GRANDMAISON pour Truffault ;

Me PELLERIN, pour le Dr Boutan et l'Association des Médecins du Havre.

Cette importante décision, qui mettra certainement un terme aux exigences illégales des compagnies vis-à-vis des médecins qui ont traité leurs assurés, n'a fait que donner une consécration judiciaire aux règles adoptées par le syndicat des médecins du Havre et la plupart des associations médicales françaises, notamment l'Association générale des Médecins de France, et la Société de Médecine légale de Paris. Les sommités médicales sont d'accord sur ce point avec les jurisconsultes (1).

Consultation relative à l'affaire Boutan.

Un sieur Nicolle avait fait un contrat d'assurance sur la vie avec la Société *le Monde*. Au résultat de ce contrat dix mille francs devaient, lors de son décès, être versés à sa veuve ou à ses héritiers directs.

Nicolle est décédé, et la Société *le Monde* répondant à la réclamation qui lui était adressée au nom des enfants de l'assuré, a demandé qu'on lui produisît un certificat de médecin constatant la nature de la maladie à laquelle avait succombé Nicolle.

On pourrait se demander (mais la question est ici sans intérêt) si la Compagnie d'assurance a le droit d'exiger la production de ce certificat, et si ce n'est pas à elle qu'il appartient d'établir que Nicolle est mort dans des conditions la dégageant de l'obligation de payer les dix mille francs.

Quoi qu'il en soit, les héritiers de Nicolle se retournent vers le Dr Boutan qui a traité l'assuré et prétendent l'obliger à leur délivrer le certificat que réclame la Compagnie.

La question que fait naître ce procès me semble d'une solution bien simple.

Il est, pour moi, hors de doute que le docteur n'est en aucune façon tenu de faire droit à la réclamation des héritiers Nicolle.

On peut tout d'abord se demander si les obligations mêmes du secret professionnel ne protègent pas le Dr Boutan contre l'action qui lui est intentée.

C'est là une question pleine d'intérêt que je n'examinerai pas ici ; elle a été traitée avec autorité par M. le Dr Dulaurier.

Je me placerai uniquement au point de vue du droit.

Où serait donc le principe de l'obligation dont on poursuit l'exécution contre le Dr Boutan ?

A-t-il contracté vis-à-vis de son malade l'engagement de délivrer plus tard à ses héritiers le certificat qu'ils lui demandent aujourd'hui ? En aucune façon.

A-t-il pris cet engagement vis-à-vis des héritiers eux-mêmes ? Pas davantage.

Comment, dès lors, pourrait-il être condamné à délivrer le certificat ou à payer des dommages-intérêts ?

Assurément il y a des obligations qui existent sans qu'on les ait formellement contractées ; elles ont leur principe dans la loi elle-même. Ainsi, par suite d'une maladresse ou d'une imprudence, je blesse X., je lui cause un préjudice. X. me fera condamner à lui payer des dommages-intérêts, non pas que j'aie contracté une obligation envers lui, mais parce que, aux termes de l'art. 1382 du Code, quiconque par ses faits cause préjudice à autrui doit réparer le dommage causé.

Si, au contraire, je cause un préjudice à X. en refusant de faire une chose *que je ne suis pas tenu* de faire, j'échappe à toute action.

(1) Voir, notamment, Dr Brouardel, *Du secret médical*, *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, mai, juin et juillet 1886 ; — Rapports de MM. les Drs Gibert et Chauvel au syndicat des médecins du Havre 1884 ; — Rapport de M. Rocher, avocat, à la Société de médecine légale de Paris, séances des 9 juin et 4 août 1884 ; — Muteau, *Du Secret professionnel*, p. 151, 158 et 209 ; — Faustin Hélie, code pénal, t. 5, p. 2, 12, 17 et suiv., et t. 6, p. 537 ; — Cass., arrêt Watelet, décembre 1885, S., 85, 2, 121 ; — 11 mai 1884, S., 44, 1, 527 ; — 6 janv. 1885, S., 55, 1, 155 ; — Dal. répre V. *Médecine*, nos 33 et 78 ; — Albert Pellerin, *Revue du Notariat, des assurances sur la vie*, 1883, no 6585, p. 22.

Or, c'est ici le cas. Il est possible qu'en refusant aux héritiers Nicolle le certificat qu'ils lui demandent, le Dr Boutan rende impossible le recouvrement de leur créance de dix mille francs sur la Société d'assurance. Mais, peu importe, en opposant un refus à la demande, le docteur use d'un droit et ne viole aucune obligation.

Emile LANAUX.

NOUVELLES

Le concours d'agrégation d'anatomie, physiologie et histoire naturelle ouvert à Paris, s'est terminé par les proclamations suivantes :

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Paris : MM. Quénu et Poirier ; Bordeaux : M. Ferré ; Lille : M. Assaky ; Lyon : MM. Rodet et Jaboulay ; Montpellier : MM. Gilis et Tapie ; Nancy : MM. René et Nicolas.

HISTOIRE NATURELLE. — Bordeaux : M. Nabias ; Lille : M. Barrois.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — M. le docteur Demons est nommé professeur de clinique externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE. — M. Baudry, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — M. le professeur Testut, (de Lille) est nommé professeur d'anatomie.

M. le docteur Fochier est nommé professeur de clinique obstétricale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. Chalot, agrégé, est nommé professeur de pathologie externe.

Décret portant création d'un certificat d'études à exiger des aspirants au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe.

Le Président de la République française,

Le Conseil supérieur de l'instruction publique entendu,

Décrète :

ARTICLE PREMIER. — A dater du 1er novembre 1887, les candidats aux grades d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe devront, à défaut d'un diplôme de bachelier, produire, en prenant la première inscription de scolarité pour les officiers de santé, ou la première inscription de stage, pour les pharmaciens de deuxième classe, un certificat d'études délivré par le recteur, après examen subi devant un jury siégeant au chef-lieu de chaque Académie, et composé de l'inspecteur d'Académie, président, et de trois professeurs agrégés de l'enseignement secondaire classique ou spécial, désignés annuellement par le recteur.

ART. 2. — Les épreuves écrites sont :

Une composition française sur un sujet simple : lettre, récit, etc.

Une version latine de la force de quatrième, ou, au choix des candidats, une version de langues vivantes (anglais ou allemand) de la force de quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Ces épreuves sont éliminatoires.

Les sujets et textes des compositions sont donnés par le jury.

ART. 3. — Les épreuves orales sont :

L'explication d'un texte français tiré des auteurs prescrits dans la division de grammaire de l'enseignement secondaire classique ou dans les quatre premières années de l'enseignement secondaire spécial ;

Une interrogation sur les éléments de l'arithmétique, de la géométrie et de l'algèbre, d'après les programmes des trois premières années de l'enseignement secondaire spécial ;

Une interrogation sur les éléments de la physique et de la chimie, d'après les programmes de la deuxième, de la troisième et de la quatrième année de l'enseignement spécial ;

Une interrogation sur les éléments de l'histoire naturelle, d'après les programmes de la première, de la deuxième et de la quatrième année de l'enseignement secondaire spécial.

Pour chacune de ces interrogations, il est proposé au candidat trois sujets différents entre lesquels il a le droit de choisir.

ART. 4. — Chaque épreuve écrite et orale donne lieu à une note spéciale variant de 0 à 20 points.

Pour être admis, les candidats doivent avoir obtenu 60 points au minimum. Toutefois, quel que soit le total des points obtenus, l'ajournement peut être prononcé, après délibération du jury, pour insuffisance de l'une des épreuves soit écrites, soit orales.

ART. 5. — Il est accordé trois heures pour la composition française et deux heures pour la version.

L'ensemble des épreuves orales dure trois quarts d'heure.

ART. 6. — Les sessions ont lieu à la fin et au commencement de l'année scolaire à des dates fixées par le recteur.

ART. 7. — L'inscription a lieu au secrétariat de chaque Académie, pendant une période déterminée par le recteur, et qui ne peut être inférieure à 15 jours.

ART. 8. — Les candidats au grade d'officier de santé et de pharmacien de deuxième classe qui auront obtenu, avant le 1er novembre 1887, soit le certificat d'études de l'enseignement secondaire spécial, soit le certificat d'examen de grammaire, complété par l'examen scientifique, conformément à l'article 1er du décret du 1er août 1883, pourront prendre leur première inscription sans produire le certificat d'études institué par le présent décret.

ART. 9. — Les dispositions antérieures contraires au présent décret sont abrogées.

— La souscription pour créer un fonds d'encouragement en vue de guérir la tuberculose se monte à 52,816 fr. 90.

— La souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur s'élève à la somme de 1,131,207 francs 44.

— Le jury du concours des prix à décerner aux internes en médecine et en chirurgie des hôpitaux de Paris, se compose de MM. les docteurs Balzer, Legroux, Merklen, Brun, Lannelongue, Terrier et Tarnier.

— La *Gazette de Cologne* annonce que le ministre de l'instruction publique vient de prendre une décision en vertu de laquelle les femmes ne pourront être admises ni comme étudiantes, ni comme auditrices, dans aucune des Universités prussiennes.

— Le Sénat et l'Académie d'Edimbourg viennent de conférer le diplôme de docteur honoraire à M. le professeur Tarnier.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Huitième année | N° 35 | 28 Août 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Le congrès de Nancy.

La session annuelle de l'Association française pour l'avancement des sciences s'est tenue, comme le savent nos lecteurs, à Nancy, du 12 au 19 août, sous la présidence de l'éminent chimiste, M. Friedel. Celui-ci, dans son discours d'ouverture, a su placer de patriotiques allusions à Strasbourg, qui, après avoir été « le trait d'union entre la culture française et la science germanique, n'est plus qu'un organisme destiné à refouler l'esprit français et à dresser une barrière, si c'était possible, entre nos frères d'au-delà des Vosges et nous ».

Est-ce l'écho de ces phrases chaleureusement applaudies qui, franchissant la frontière, est allé inquiéter l'autorité allemande ? Les journaux politiques nous ont appris qu'un groupe de membres de l'Association, s'étant avancé jusqu'à la frontière pour faire l'excursion du Donon, s'est vu l'objet d'un certain déploiement de force militaire.

Bien que, après les explications fournies par l'un des membres du congrès, député d'Alsace-Lorraine, les autorités aient fait retirer leurs soldats, nos compatriotes se sont empressés de renoncer à leur promenade, qu'il eût peut-être été préférable de ne pas entreprendre.

La section des sciences médicales était présidée par M. Ch. Bouchard (de Paris) ; la présidence d'honneur était dévolue à M. Tourdes (de Nancy) ; les vice-présidents ont été MM. Gross, Bernheim, Hecht, Hergott (de Nancy), Duguet (de Paris), Poncet (de Lyon), Picot (de Bordeaux), Grasset (de Montpellier), Pamard (d'Avignon), Ladame (de Genève) ; MM. Simon, Parisot, L.-H. Petit, H. Barbier ont rempli les fonctions de secrétaires. Les communications ont été nombreuses, et plusieurs présentent un vif intérêt.

Emploi du sommeil hypnotique chez les aliénés.

M. *Aug. Voisin* avait déjà signalé, à Blois et à Grenoble, la possibilité de provoquer le sommeil hypnotique chez les aliénés, contrairement à l'opinion admise jusqu'alors parmi les médecins, et d'utiliser ce sommeil provoqué pour faire au malade des suggestions thérapeutiques. Quand les moyens d'hypnotisation ordinaire ne réussissent pas, M. Voisin détermine rapidement le sommeil en obligeant le malade au moyen d'écarteurs palpébraux à fixer la lumière du magnésium. Chez une maniaque et une lypémaniaque il a obtenu une amélioration et une guérison. Chez d'autres malades, M. Voisin a observé pendant le sommeil hypnotique des phénomènes réflexes qui pourront être utilisés pour déjouer la simulation ; il s'agit de secousses convulsives localisées à certains groupes musculaires ou généralisées, survenant à l'occasion d'une excitation légère (pincement ou percussion) ; cessant avec la cause excitatrice pour recommencer avec elle, avec coexistence de certains troubles vaso-moteurs (rougeur du visage et des conjonctives) ; c'est un exemple d'exagération des réflexes par suppression de l'influence cérébrale, comme après l'ablation de l'encéphale chez certains animaux.

Traitement de la dysménorrhée membraneuse.

M. *P. Landowski*, qui a observé cette pénible affection, non seulement chez des sujets atteints de tares diathésiques, mais chez des jeunes filles très

bien portantes en apparence, croit que, sans négliger de traiter la maladie générale quand il y en a une, il ne faut jamais renoncer au traitement local. Le meilleur lui a paru être l'application sur la muqueuse utérine d'un électro-cautère 5 à 6 jours après la fin des règles, le cautère étant au rouge sombre, et la dilatation des orifices utérins ayant au préalable été largement obtenue. Une semaine de repos au lit est ensuite nécessaire.

Traitement de la coqueluche par l'oxymel scillitique.

C'est M. *Netter* (de Nancy) qui vient ajouter ce traitement nouveau à la liste déjà si longue des remèdes proposés. La première condition, d'après l'auteur, est d'avoir de bon oxymel scillitique, composé exactement suivant la formule du codex, et il paraît, *horresco referens* !... que certaines pharmacies n'ont que de mauvais oxymel, trop anciennement préparé et devenu inerte. La deuxième condition de réussite serait d'administrer la dose voulue en l'espace d'une heure, de dix en dix minutes.

La dose nécessaire a été de 20 à 40 gouttes chez les enfants à la mamelle ; de 4 à 5 cuillerées à café à 3 ans, de 6 à 7 au-dessus de cet âge, de 7 à 8 chez l'adulte. L'enfant ayant pris son goûter à 3 h. 1/2, et devant dîner à 7 heures, on lui donne entre 5 h. et 6 heures une cuillerée à café toutes les dix minutes.

M. *Remy* (de Nancy) a porté bon témoignage en faveur de cette méthode. Le principal effet de l'oxymel est d'exciter la sécrétion bronchique, de rendre la toux plus *grasse* et de favoriser l'expulsion des mucosités dès le début de la quinte.

Traitement de la métrite chronique et en particulier de l'endométrite par la galvano-caustique chimique intra-utérine.

Le traitement de M. *Apostoli* de Paris comporte les diverses opérations suivantes :

1° Faire d'abord une injection vaginale tiède et antiseptique, et placer la femme dans une position identique à celle de l'examen au spéculum ; — 2° mettre la pile en batterie, orienter le galvanomètre, juxtaposer le pôle abdominal en terre glaise, en prévenant la femme qu'il est toujours froid, et placer les réophores ; — 3° introduire *lentement* et progressivement dans la cavité utérine l'excitateur, préalablement *flambé et désinfecté*, isoler tout le vagin et la vulve ; — 4° faire une galvano-caustique chimique intra-utérine *positive* dans toutes les formes *hémorrhagiques* et *négative* dans les autres cas ; — 5° le principe qui doit dominer toute intervention est de ne jamais surprendre l'utérus et de ne jamais faire une application trop douloureuse. Or, il faut savoir qu'il y a des utérus dits *irritables*, en très petit nombre, il est vrai (de 3 à 5 0/0), tel que celui de certaines hystériques, qui supportent mal le courant, quoique peu intense, et chez lesquelles il faut savoir n'appliquer que de faibles doses ; — 6° il faut au début débiter le courant *lentement*, très lentement, s'arrêter devant toute sensibilité excessive pour acclimater la malade et vaincre toute résistance physique et morale ; — 7° progressivement en 2 ou 3 séances, l'intensité devra s'élever et atteindre dans la plupart des cas 100, 150 *et au besoin* 200 *milliampères* ; l'intensité devra se proportionner et se régler d'abord sur la tolérance du sujet, puis d'après l'étendue, la gravité et l'ancienneté de la lésion ; — 8° la durée de l'application qui oscillera entre 5 *et* 10 *minutes*, devra, comme l'intensité, se mesurer d'après la réponse de la malade sur l'énergie des effets à obtenir ; — 9° les séances auront lieu ou toutes les semaines ou tous les 2 jours, suivant le besoin, et le médecin règlera leur nombre et leur rapprochement suivant l'urgence et la nécessité de l'intervention ; — 10° un repos obligatoire, *d'au moins quelques heures*, devra être exigé de la part de toutes les malades qui ont été opérées ; ce repos est nécessaire à la sécurité de la méthode et à son efficacité ; — 11° on prescrira des injections vaginales antiseptiques au sublimé ou à l'acide phénique, que la malade prendra matin et soir.

Ce traitement simple et inoffensif, dit M. Apostoli, véritable *hystérométrie thérapeutique*, n'est autre chose qu'un *raclage moléculaire galvano-chimique, acide ou basique*, suivant les cas, qui provoque la formation d'une nouvelle muqueuse et constitue une sorte d'exutoire intra-utérin dont on peut, à volonté, prolonger et varier l'action.

M. *Landowski* dit, à propos de la communication de M. Apostoli, que les cautérisations *au chlorure d'étain* à 1 ou 2 0/0 lui ont bien réussi dans l'endométrite, que le traitement général est très important, et que le raclage de l'utérus, dont on a trop abusé, convient seulement lorsqu'il y a des excroissances polypiformes de la muqueuse.

Le microcoque des scrofulides bénignes.

M. *Boucheron*, poursuivant avec M. Duclaux des recherches bactériologiques sur les scrofulides bénignes, telles que l'impétigo, l'acné pilaire palpébrale et nasale, la phlyctène périkératique, y a trouvé à peu près constamment des micrococques. Les cultures de ces microbes à divers degrés de virulence, injectées dans les veines, tuent le lapin au bout d'un temps variable et causent des lésions très nombreuses : exsudats séreux ou séro-fibrineux, quelquefois purulents des articulations, des péricardites, pleurésies et péritonites, des foyers de dégénérescence vireuse ou des abcès dans le cœur et d'autres muscles, des ostéomyélites, des lésions des vertèbres rappelant le mal de Pott, des paralysies de l'arrière-train, des méningites, des néphrites, etc. Dans beaucoup de ces lésions se trouvent des coccus en abondance. Des cultures très atténuées ne produisent plus que des lésions légères, curables, localisées.

Parmi les localisations myopathiques les plus fréquentes de cette maladie expérimentale, M. Bou-

cheron a signalé une lésion du psoas et il se demande si on ne pourrait pas expliquer ainsi la déviation de la colonne vertébrale fréquente chez de jeunes scrofuleux. M. Boucheron a établi un rapprochement entre les microcoques des scrofulides légères et ceux que Malassez et Vignal ont trouvés dans les lésions osseuses des enfants, celui que M. Rodet a signalé dans l'ostéomyélite de l'homme, celui du furoncle et du clou de Biskra.

M. *Verneuil* a répondu que M. Boucheron venait de décrire une maladie spéciale, mais qu'il est impossible d'assimiler à la scrofule où on ne rencontre ni les altérations musculaires, ni les suppurations des séreuses ; on ne peut accorder une valeur pathogénique à un microbe que si son inoculation reproduit des accidents identiques à la maladie primitive ; or M. Grancher a fait sans résultats de nombreuses inoculations d'impétigo.

M. *Bouchard* se refuse à admettre que la scrofule soit une maladie parasitaire et contagieuse. Pour lui, elle demeure jusqu'à plus ample informé une prédisposition morbide, un terrain favorable à l'éclosion d'accidents secondaires. Quant au microbe de M. Boucheron, il est probablement un de ceux qui vivent normalement avec nous et n'attendent qu'une débilitation de l'organisme pour produire une foule d'accidents.

Traitement des fièvres intermittentes rebelles.

M. *Rochard* rappelle que l'impaludisme invétéré n'est plus justiciable uniquement du sulfate de quinine. On doit lui substituer le *quinquina en poudre* ou en électuaire (10 à 15 grammes par jour), l'*arséniate de soude* à la dose de 1 milligramme par repas, l'*hydrothérapie*, lorsque le permet l'état des organes respiratoires.

S'il survient un accès franc, ordonner immédiatement après 1 gramme de sulfate de quinine et continuer pendant trois jours en diminuant la dose. Si les accès deviennent réguliers, on l'administre huit ou dix heures avant. Dans tous les cas, on reprend le traitement indiqué dans l'intervalle.

Régime réparateur, mais varié, séjour à la campagne, exercice au grand air sont les adjuvants utiles.

Le traitement de M. Delthil pour la diphthérie. Analogie de la diphthérie de la volaille et de la diphthérie humaine.

Le traitement par l'évaporation d'essence de térébenthine et les fumigations avec le goudron de houille et l'essence de térébenthine a donné à son inventeur 126 guérisons sur 134 malades, et il aurait, d'après celui-ci, grâce à ses vertus prophylactiques, permis seulement 3 cas de contagion bénins sur 670 personnes ayant assisté les malades. Outre les fumigations, M. Delthil fait des badigeonnages réitérés à l'essence de térébenthine. M. Delthil fixe à cinq jours l'incubation diphthéritique ; les matières diphthéritiques conservent plus d'un an leur contagiosité. Il est probable que la diphthérie de la volaille est analogue à celle de l'homme et que la contagion de l'une à l'autre est possible, le fumier de basse-cour pourrait alors devenir agent de dispersion des germes morbides. La salive des diphthériques est acide.

M. Delthil admet que la diphthérie est une maladie primitivement locale, capable de se développer dans tous les points de l'organisme, même dans l'intestin, de végéter chroniquement plusieurs mois sur le même individu. Les progrès de la diphthérie augmentent sans cesse depuis quelques années (2,000 décès à Paris chaque année et 20,000 en Saxe en 4 ans).

Le zona chronique.

M. *Leudet* (de Rouen) en a observé deux cas chez des malades atteintes de tuberculose pulmonaire et avec coexistence d'une nouvelle poussée tuberculeuse. La lésion cutanée provoquait le développement de nouvelles ulcérations auxquelles succédaient des cicatrices avec ou sans pseudo-phlegmon ; on peut voir se produire des chéloïdes. Il existe de la névrite noueuse. Cet état peut se prolonger pendant 3 et même 6 mois. La persistance d'une fistule pleurale après l'empyème, comme la tuberculose pulmonaire, peut provoquer un zona à distance.

M. *Bouchard* a fait remarquer que l'existence dans le zona des lésions nerveuses dont personne ne nie l'influence n'empêche pas la théorie microbienne, telle que l'a défendue M. Landouzy, de revendiquer sa place ; ce sont des névrites parasitaires.

Les amygdalites infectieuses.

Tandis que le froid, dit M. Dubousquet-Laborderie (de St-Ouen), joue le principal rôle dans l'étiologie de l'amygdalite inflammatoire simple, le mauvais état général des individus surmenés, misérables, alcooliques, crée un terrain favorable au développement des amygdalites infectieuses. Un sujet ainsi débilité, et prédisposé d'ailleurs presque toujours par une hypertrophie amygdalienne chronique, est pris de frissons, fièvre violente, courbature extrême et quelquefois lumbago insupportable, anorexie et céphalée, avec excessive sensibilité du pharynx, rougeur et gonflement de la muqueuse du gosier sans productions herpétiques ni diphthériques. Adénopathie sous-maxillaire. L'albuminurie avec débris épithéliaux et bactéries dans l'urine est la signature de la néphrite infectieuse. Le mauvais état général peut persister même après la disparition de l'angine. Le traitement doit être général et antiparasitaire plutôt que local ; c'est à la quinine et à la résorcine qu'il convient de s'adresser.

Profession médicale en Amérique.

Voici d'intéressants renseignements sur la **profession médicale en Amérique** fournis par M. Billin'gs (de Washington), à la 54e session de l'*Association médicale Britannique* tenue à Brighton, le 11 août :

« En Amérique, comme ailleurs, on se plaint du nombre exagéré des médecins ; il y a, dit-on, trop de docteurs et les études sont trop faciles. Voici ce qu'indique la statistique : En 1883, on comptait aux Etats-Unis et au Canada 90,410 médecins, soit 1 pour 600 habitants. Dans le Canada seul, il y avait 3,487 médecins, soit un sur 1,112. Lors du recensement de 1880, la proportion des médecins relativement au reste de la population était de 17 pour 10,000 ; en 1881, cette même proportion était, pour l'Angleterre et le pays de Galles, de 5,8 pour 10,000 il ne serait pas exact de comparer ces chiffres, car en Amérique on compte parmi les médecins bon nombre de personnes non-enregistrées ; cependant il est probable qu'en somme les médecins réguliers sont à peu près deux fois plus nombreux en Amérique qu'en Angleterre.

On observe de grandes différences dans les divers Etats au point de vue du nombre des médecins ; ainsi pour le Colorado, nous trouvons le chiffre de 29,3 pour 10,000 ; dans l'Indiana 25,2 ; dans l'Orégon 24,3 ; dans l'Arkansas 23,5 ; dans le Nouveau-Mexique 6,6 seulement et dans les deux Carolines environ 9,5. D'une manière générale, c'est au sud-est du Mississipi que les médecins sont le moins nombreux. Si l'on compare leur nombre avec celui des pasteurs et des avocats, on trouve de curieuses différences. La proportion des avocats avec le reste de la population est de 12,7 pour 10,000 aux Etats-Unis et de 6,6 seulement en Angleterre.

J'estime que la proportion normale des médecins est d'environ un pour 1,000 ; c'est à peu près celle qui existe en Angleterre, mais aux Etats-Unis elle est de 1 pour 750. Il est donc vrai que nous avons trop de médecins et nos 80 écoles de médecine continuent à nous en fournir surabondamment.

On prétend que le niveau de l'éducation médicale est très bas aux Etats-Unis ; cela est vrai pour certains Etats, mais pas pour tous ; rappelons-nous aussi que dans certaines localités le climat est si mauvais et les ressources sociales et pécuniaires si minimes, qu'un médecin ayant reçu une éducation de premier ordre n'aurait pas l'idée de s'y fixer. Il serait évidemment inutile de vouloir exiger de tous le même degré d'aptitude et d'éducation ; aussi trouvons-nous en Amérique des différences très sensibles dans les diverses écoles de médecine ; certaines d'entre elles, il faut le dire, se bornent à enseigner les rudiments de la pratique et d'autres mettent autant de soin que les écoles anglaises à la formation de leurs élèves ; ce qui nous manque le plus, c'est l'instruction préliminaire. Beaucoup de nos collègues sont mécontents de l'état actuel des choses. Dans toutes nos grandes villes on trouve des hommes distingués qui ont achevé leurs études en Europe, qui se maintiennent au courant de la science et qui contribuent à la faire progresser ; ils prêtent leur appui moral aux projets de réforme médicale, mais s en occupent rarement eux-mêmes activement ; il en est de même du public en général.

L'examen le plus difficile aux Etats-Unis est celui qu'on exige des candidats à l'armée et à la marine ; le nombre des réceptions s'élève à 70 ou 80 0/0.

Nous avons tout lieu de croire que le niveau de l'éducation médicale s'est élevé aux Etats-Unis pendant ces dernières années et nous en donnons pour preuve la diminution dans le nombre des décès dus aux opérations chirurgicales et aux suites de couches » (1).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 24 août)

M. *Bateman* (de Norwich) a été élu membre correspondant étranger par 23 voix contre 1 donnée à M. Bonnet (de Rio-Janeiro).

M. le Dr *Polaillon* a lu une intéressante communication intitulée : *Extraction d'une fourchette par la taille stomacale*. Ce qui donne un caractère particulier à cette observation, c'est l'emploi fait par l'éminent chirurgien de la Pitié d'une sonde électrique, de l'aiguille aimantée et d'un électro-aimant pour assurer le diagnostic. Au reste, M. Barette sera plus compétent pour fournir à nos lecteurs des renseignements sur cette opération.

M. *Giraud-Teulon*, qui est en dissentiment avec M. *Marey*, depuis bien longtemps, au sujet du *mécanisme du saut*, est venu prendre acte de l'abandon fait par le professeur du collège de France de ses anciennes doctrines.

CORRESPONDANCE

Traitement des ulcères de jambes

Cusac-Cabardis (Aude), 8 août.

Monsieur le Rédacteur,

Dans le numéro du *Concours médical* du 31 juillet, je trouve un petit article ayant trait à la guérison des ulcères des jambes par des pulvérisations phéniquées. On conseillait de faire, matin et soir, des pulvérisations phéniquées pendant une heure et demie ou deux heures. On n'a pas besoin, à mon avis, de consacrer tous les jours autant de temps pour arriver à ce résultat. Il suffit de couvrir l'ulcère avec une compresse pliée en trois ou quatre doubles et préalablement trempée dans une solution phéniquée. La solution que j'emploie ordinairement est la solution au centième. Je fais changer la compresse matin et soir, mais il faut avoir soin de l'humecter 4 ou 5 fois dans la journée avec la solution que l'on emploie.

Déjà en 1876, alors que j'étais interne à l'hôpital de Bourg, j'avais fait des expériences comparatives parce que j'avais l'intention d'en faire le sujet de ma thèse. Depuis cette époque, j'ai toujours employé le même traitement et toujours avec le même succès.

Les douleurs se calment très vite ; je n'ai jamais constaté aucun érythème et les malades n'ont jamais rendu d'urines noires. Il est bien entendu que l'on doit exiger du malade le plus de soins possible. Depuis dix ans que j'emploie ce traitement, je crois pouvoir affirmer que 19 fois sur 20, lorsqu'on a à soigner un ulcère

(1) (*Semaine médicale*).

variqueux atonique et assez étendu, ce mode de traitement donnera des résultats plus rapides et plus satisfaisants que n'importe quel autre moyen. Il n'est donc pas besoin d'employer 4 heures par jour et d'abuser des pulvérisations pour arriver à des résultats parfaitement identiques.

Recevez, etc.

Dr Ach. Crouzet.

CHIRURGIE PRATIQUE

La réparation immédiate des déchirures du périnée.

Nous avons eu, deux fois, dans le courant de cette année, l'occasion d'intervenir pour amener la guérison de déchirures produites au cours de l'accouchement. Bien que cet accident ne soit pas des plus rares, nous avons cru intéressant de présenter à nos lecteurs ces deux observations, surtout parce que, nous départant de la conduite tenue depuis nombre d'années par la plupart des chirurgiens, nous avons appliqué, à l'exemple de plusieurs confrères dans ces dernières années, le principe de la restauration immédiate prôné autrefois par Dieffenbach et Danyau.

Après avoir exposé nos deux observations, nous étudierons quelles sont les raisons en faveur de la méthode que nous avons suivie et corrélativement quels sont les inconvénients de l'intervention tardive. Puis nous insisterons sur les divers procédés que l'on peut employer, et sur les moyens d'assurer, pendant le traitement, une antisepsie aussi parfaite que possible, précaution grâce à laquelle la restauration immédiate peut donner de bons résultats.

Observation I.

Le 10 août 1885 je fus appelé par M. le Dr R. près d'une de ses clientes qui, deux jours auparavant, était accouchée rapidement et sans assistance d'un fœtus âgé de huit mois au moins. Le travail avait été très rapide, et quelques instants après le Dr R. constatait une large déchirure du périnée, faisait la délivrance et, après de larges lavages antiseptiques, laissait sur la plaie qui saignait assez notablement un pansement imbibé de liquides désinfectants.

Au moment où nous vîmes la malade, 56 heures environ après l'accouchement, nous constations l'état suivant :

L'orifice vulvaire entr'ouvert, non ecchymosé, se prolongeait jusqu'à l'anus au moyen d'une vaste déchirure qui s'arrêtait juste à l'union de la peau et de la muqueuse anale. Le sphincter vulvaire était complètement déchiré, le sphincter anal notablement entamé, l'angle des lèvres de la plaie, vestige de la fourchette, se trouvait à 4 centimètres 1/2 environ du fond du sillon de déchirure. Celle-ci intéressait donc la peau, tout le tissu cellulaire du périnée et s'arrêtait aux limites du rectum. Le doigt introduit dans l'intestin permettait de constater l'intégrité de la paroi rectale, et aussi sa très petite épaisseur. De la fourchette, la déchirure s'enfonçait en arrière et en haut, pénétrant dans la partie inférieure du vagin et remontant à 3 centim. environ au delà des vestiges de l'hymen. Au milieu se voyait une saillie triangulaire à sommet inférieur formée par la partie inférieure de la colonne postérieure du vagin. Les bords de la déchirure vaginale étaient violacés; la surface de la vaste plaie, assez régulière, était semée de petits points ecchymotiques. Nous procédâmes immédiatement à l'opération. Après chloroformisation, ayant placé la malade dans la position de la taille, je pratiquai une large injection antiseptique dans le vagin et dans le rectum, préalablement vidé à l'aide d'un lavement ; puis je plaçai dans le vagin, au-dessus de la déchirure, un fort tampon de gaze iodoformée pour arrêter l'écoulement des lochies pendant l'opération. J'avivai alors toute la surface de la déchirure au moyen d'un simple raclage au bistouri, et je réséquai avec des ciseaux les points irréguliers de la surface. Je fis de même pour les bords ecchymosés de la muqueuse en ayant soin de remonter jusqu'aux deux angles supérieurs de la déchirure et de bien ébarber les bords du lambeau triangulaire.

Après quoi je plaçai trois points de suture profonde. Le *premier* pénétrant au niveau du pli génito-crural embrochait près de sa base le lambeau triangulaire et rapprochait fortement les deux angles de la déchirure des faces de ce lambeau. Le *second*, placé à 2 centimètres en avant de l'anus, resserrait la partie postérieure du périnée et le rendait saillant. Le *troisième*, intermédiaire aux deux autres, traversait les lambeaux au milieu de leur hauteur, rapprochait leurs faces parallèles, de peur que la suture superficielle ne soit point suffisante. Tous ces points de suture profonde furent pratiqués avec de fort fils d'argent et arrêtés au moyen de plaques de plomb garnies d'une couche de gaze iodoformée du côté contigu à la peau, pour atténuer la pression.

J'appliquai ensuite quatre points de suture superficielle au fil d'argent fin, dans le vagin, six au niveau du périnée.

Après quoi j'enlevai le tampon vaginal et, après un large lavage, je recouvris la ligne de suture d'une bande de gaze iodoformée introduite dans le vagin, tandis que le périnée bien séché était recouvert d'une couche de collodion iodoformé. La malade est replacée dans son lit les cuisses exactement rapprochées.

Les suites de l'opération furent très bonnes ; les lochies étaient abondantes et non fétides ; toutes les trois heures on pratiquait une irrigation à la liqueur de Van Swieten ; quelques douleurs au niveau des sutures profondes furent calmées au moyen d'une injection de morphine.

Trois jours et demi, 88 heures après l'opération, le périnée et la vulve ne présentaient aucune trace d'inflammation ; la ligne de réunion n'offrait aucun gonflement. J'enlevai le second et le troisième point de la suture profonde et les fils superficiels du périnée, laissant les autres à cause de l'indocilité de la malade.

Enfin, six jours et demi après l'opération (150 heures) après avoir enlevé les derniers fils, je constatai que la réunion était parfaite dans toute son étendue. La malade conserva le repos nécessaire à ses suites de couches, faisant des lavages antiseptiques tous les jours, puis reprit ses occupations ordinaires.

Trois mois après, je pouvais constater l'aspect parfaitement normal de la vulve, la résistance de la fourchette et la tonicité normale de l'orifice vulvaire.

Observation II.

Le 30 juillet dernier, j'assistai à l'accouchement d'une primipare de 21 ans, jeune femme fortement constituée et dont la grossesse avait été parfaitement normale. A trois heures du matin, quand

j'arrivai près d'elle, la dilatation du col avait notablement dépassé le diamètre d'une pièce de 5 francs; la présentation était en O. I. G. A. A six heures du matin, la dilatation était complète, la tête exécutait lentement son mouvement de rotation et distendait la partie supérieure du vagin. Je m'aperçus alors d'une disposition assez particulière. Extérieurement les grandes lèvres se prolongeaient beaucoup en arrière vers les côtés du périnée ; mais quand on les écartait, on constatait que l'orifice vaginal proprement dit était relativement reporté en avant et en haut. Le périnée avait une hauteur plus considérable qu'à l'état normal et surtout au niveau des vestiges de l'hymen on sentait une saillie formant une sorte de rétrécissement dans le calibre du canal génital. Cette saillie n'était point seulement un repli muqueux ; mais, en essayant de la déprimer, mes doigts percevaient une sorte de barre transversale, résistante, probablement produite par la contraction des transverses du périnée. En un mot, dans toute sa partie postérieure l'orifice vulvaire était circonscrit par des parties épaissés résistantes, non œdématiées. Dès ce moment j'eus des craintes au sujet de ce qui se passerait aumoment de la sortie de la tête, qui d'ailleurs était d'un volume respectable.

J'obtins de la famille des renseignements que je tiens à rapporter ici, car ils ont leur importance. A l'âge de 16 ou 17 ans, Mlle X., alors jeune fille, souffrait de phénomènes très douloureux au moment de ses règles et à chaque époque elle restait couchée au moins une journée. Elle fut examinée, à ce moment, par un gynécologiste étranger, qui déclara à sa mère qu'elle avait une conformation qui lui rendrait la parturition très difficile. De plus le mari, homme très normalement conformé, nous raconta n'avoir pu consommer complètement le coït qu'à la 7e ou 8e reprise, plusieurs jours après son mariage, et cela en usant de beaucoup de précautions à cause de l'étroitesse très notable des parties.

Bref le travail continua et à 9 h. 1/2 la période d'expulsion se terminait. Malgré l'énergie avec laquelle nous soutenions le périnée, la tête sortait en pratiquant une déchirure médiane dont nous perçûmes nettement le craquement dans la main. L'enfant était bien conformé, sa tête était surmontée d'une volumineuse bosse sanguine ; il pesait 3,700 gr. Après avoir fait la délivrance, je fis un large lavage à la liqueur de Van Swieten et je recouvris les parties d'une épaisse compresse imbibée du même liquide, remettant l'exploration de la déchirure, qui, je le savais, n'était point totale, et sa réparation à quelques heures plus tard.

A trois heures de l'après-midi, cinq heures et demie après l'accouchement, la jeune femme se sentant suffisamment reposée, je lui fis administrer un peu de chloroforme par un confrère, et procédai à la restauration des parties.

La déchirure parfaitement médiane, aussi nette qu'une incision au bistouri, commençait dans le vagin à 5 centimètres de l'anneau marqué par les vestiges de l'hymen ; elle s'étendait à tout le périnée, et s'arrêtait à 3 mm. environ de la muqueuse anale. Le sphincter vulvaire était complètement divisé et au point le plus profond la division avait 4 centim. de hauteur environ ; les fibres du sphincter anal étaient divisées à leur superficie, mais la cloison recto-vaginale avait encore une épaisseur de 5 millimètres au moins au fond de la rupture.

Après avoir fait un large lavage et tamponné le vagin au-dessus de la déchirure, je m'armai d'une aiguille courbe chargée d'un fil de catgut qui avait au préalable été trempé dans la solution mercurielle et je pratiquai une suture continue, ou en surjet (suture de Broese) commençant au point le plus reculé de la division intra-vaginale. Ayant soin de prendre une notable épaisseur de chacune des faces de la déchirure et pour cela pénétrant jusqu'au niveau du fond du sillon, j'affrontai facilement les deux bords, et comme les parties superficielles ne montraient aucune résistance, je ne passai point d'autres fils formant dans la profondeur des anses plus grandes que les premiers.

L'opération fut d'ailleurs assez courte et le soir, bien que la patiente ait eu quelques vomissements, elle ne ressentait qu'une fatigue modérée. La nuit elle reposait parfaitement.

Le pansement se composait d'une large pulvérisation sur toute la ligne de suture avec la poudre antiseptique de L. Championnière, puis je recouvrais le tout d'une bande longuette de gaze iodoformée pénétrant jusqu'au milieu du vagin, par-dessus deux ou trois couches de coton de Bois sublimé que la pression des fesses suffisait à maintenir au-dessous de la compresse antiseptique réglementaire. Les suites de l'opération ont marché correctement ; pas de douleurs dans le périnée, pas de gonflement ; le pansement avec larges irrigations a été renouvelé toutes les 12 heures seulement, la malade pouvait sans aucune gêne garder ses urines, et perdait peu de sang.

Les jours qui ont suivi, pas de fièvre, montée de lait parfaitement normale ; à la fin du quatrième jour, selle abondante, non douloureuse, facilitée par un lavement à la glycérine. Cette selle n'a provoqué aucun effort et la ligne de suture n'a pas bougé. On pratique les lavages et le pansement deux fois par jour jusqu'au huitième jour ; en ce moment le bout supérieur du fil intra-vaginal se détache de lui-même ; la suture paraît absolument réunie ; et on peut dès maintenant considérer la réparation du périnée et de l'orifice vulvaire comme parfaitement achevée.

Avant d'entrer dans la discussion des indications et contre-indications de la réparation immédiate du périnée, il nous paraît intéressant d'examiner brièvement la pathogénie de ces ruptures.

Dans l'Obs. I, le fait est classique, on sait que dans les accouchements prématurés au 8e mois, les déchirures sont relativement fréquentes, bien que la tête soit petite.

Dans notre cas, le travail qui fut clandestin, fut très rapide, la jeune femme ne ressentit que quelques douleurs très vives ; le périnée n'a pas alors le temps de se dilater progressivement et il éclate sous la pression de la tête violemment expulsée qui le franchit comme un boulet de canon.

Mais chez notre seconde accouchée, la pathogénie est beaucoup plus complexe.

Ni l'âge, 24 ans, ni des altérations pathologiques, œdème, varices, ni une rapidité trop grande du travail ne peuvent être incriminés. La tête de l'enfant elle-même n'a rien d'exagéré comme volume et le jeu des sutures et des fontanelles avait permis un amoindrissement notable. L'arcade pubienne de la mère n'est point rétrécie. Toutes ces causes écartées, il nous reste à chercher dans nos constatations une raison plausible.

Et d'abord l'ensemble du plancher périnéal présentait chez notre accouchée une vigueur musculaire remarquable ; de plus, nous avions senti au toucher une saillie résistante dans le segment postérieur du canal vaginal ; nous ne pouvions voir dans

cette saillie le rétrécissement annulaire signalé par Budin à 2 centimètres en arrière de l'anneau vulvaire.

De plus, une disposition nous frappait : les partie superficielles, l'anneau vulvaire lui-même étaient souples ; nous n'éprouvions de résistance qu'en arrière, où nous sentions cette barre transversale que nous avons signalée. En présence de ce fait, nous partageons entièrement l'opinion de l'accoucheur Américain *Skene* (1) ; pour nous, la résistance des muscles transverses du périnée a été la cause principale de la déchirure. Mais, en outre, le bord antérieur du périnée, sous-tendu par ces muscles, remontait trop haut ; fait sur lequel Churchill a souvent insisté.

Pouvait-on éviter cette déchirure? J'avais bien pensé à faire l'incision bilatérale de l'anneau vulvaire suivant le procédé depuis longtemps conseillé par Michaëlis, Eichelberg et P. Dubois.

Je ne l'ai pas fait parce que je voyais que les parties molles de cet anneau s'accommodaient régulièrement ; la distension ne portait pas sur elles ; et au moment où la déchirure s'est produite j'ai nettement senti contre le plat de ma main une rupture brusque se faisant justement au niveau de cette corde transversale reconnue plus haut.

Il eût donc été logique de faire sur la ligne médiane une incision profonde pour diviser ce plan résistant ; peut-être le ferions-nous, le cas semblable se présentant de nouveau. Ici nous avons laissé agir la nature et nous croyons que si nous n'avions pas vigoureusement soutenu le périnée, toute la cloison recto-vaginale aurait été déchirée.

Dr Barette,
Chef de Clinique Chirurgicale.

(*à suivre*).

(1) Skene ; in *American Journal*, New-York, mars et avril 1885.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Commissaire de police et médecin.

Le dimanche 25 juillet dernier, on vient à midi 1/2 me demander, en toute hâte, pour un enfant qui, le matin, avait été brûlé grièvement, par suite de l'imprudence de sa mère qui l'avait assis sur du crin en train de sécher, près du poële, et qui, ensuite, était sortie pour vaquer un instant à ses affaires. Cette visite dérangeant mon itinéraire et mes combinaisons, je la refuse. On va chez mon confrère, qui se trouve absent pour plusieurs jours, détail que, naturellement, je ne connaissais pas au moment de mon refus. La commissionnaire n'osant revenir chez moi, va directement chez le commissaire de police qui m'envoie, vers 4 heures, un réquisitoire « d'avoir à aller constater le nombre et la gravité des brûlures de l'enfant ». Il n'est fait dans cette pièce aucune allusion à la possibilité d'un attentat contre la vie de l'enfant. — Il s'agit d'un enfant naturel, de 17 mois, ne marchant pas encore seul. — Après lecture, jugeant à part moi qu'il n'y avait (pour le moment du moins, c'est-à-dire pendant la vie de l'enfant), qu'il n'y avait pas lieu à un rapport médico-légal, je déclare à l'agent que je n'obéirai pas à la réquisition. C'est alors qu'il me dit que mon confrère était absent pour plusieurs jours. Je le congédie sans lui promettre que j'obéirais au réquisitoire. — Et dès qu'il est sorti, je vais voir l'enfant qui était en effet gravement atteint. — Je préviens la mère qu'il mourra probablement dans quelques jours. — Il est mort le mardi. Le dimanche soir à 6 heures, deux heures après la réception du réquisitoire et une heure après ma visite à l'enfant, le commissaire vient en personne me demander si j'avais vu l'enfant, je lui réponds que non. — Il m'objecte alors que mon confrère est absent pour plusieurs jours et que, s'il laisse cet enfant sans lui procurer les soins médicaux, il sera réprimandé par ses chefs. Je lui réponds que je n'avais pas à me mêler de ses devoirs de commissaire, mais que quant à moi je connaissais mes droits et mes devoirs comme médecin, que je saurais comme toujours remplir les uns et sauvegarder les autres. Il me quitte sans me déclarer procès-verbal. Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'enfant meurt deux jours après, le mardi, et aucun médecin n'est requis pour visiter le cadavre. — Il est vrai que j'ai délivré, comme toujours, à la mairie, un certificat constatant la *réalité* du décès, mais sans mention des causes de la mort.

Cette circonstance qu'il n'y a pas eu d'examen juridique du cadavre, ne prouve-t-elle pas, jusqu'à l'évidence, que le réquisitoire était abusif et que le commissaire me demandait de faire acte *non de médecin légiste, mais bien de médecin traitant*?

Le mercredi je recevais assignation en simple police pour n'*avoir pas obtempéré à un réquisitoire du commissaire de police*.

J'ai présenté ma défense par écrit, faisant observer qu'il était bien établi qu'il n'y avait de la part de la mère aucune intention malveillante ; qu'il s'agissait donc simplement d'un accident individuel, ne mettant pas en cause la responsabilité d'une tierce personne, et ne donnant par conséquent pas lieu à une action en dommages et intérêts ; que de ce chef il n'y avait encore à réclamer de moi aucun acte de *médecin légiste* ; — que cet accident était arrivé en chambre et non dans la rue, qu'il n'avait point troublé la paix publique — etc., etc. Tout le monde médical connaît l'article 475. — J'ai dit qu'à mon avis, du moment où il n'y avait *pas eu à faire d'acte médico-légal vis-à-vis de l'enfant mort, cela prouvait qu'il n'y avait pas motif à m'obliger à en faire un pendant qu'il était vivant* ; les faits prouvaient que ce que l'on me demandait, c'était de visiter l'enfant comme médecin traitant, afin de ne pas encourir le reproche d'avoir laissé l'enfant mourir sans soins, et que le rapport médico-légal n'était que le prétexte du réquisitoire, et que jamais on n'avait eu le droit de requérir un médecin d'avoir à donner des soins à telle ou telle personne, pas plus que de requérir un maître nageur de se jeter à l'eau pour en retirer un noyé. Si sous prétexte d'accident un commissaire de police peut librement, et à tort et à travers, exercer vis-à-vis du médecin un droit de réquisition, les familles n'auront plus à se préoccuper d'avoir un médecin : Un enfant a une indigestion, c'est peut-être parce qu'il est tombé le matin et qu'il a eu peur, ou bien parce que la bonne aura par mégarde laissé n'importe quoi dans le pot au feu ; c'est un accident ! On court au commissaire de police qui délivre illico son réquisitoire. Ce sera très rapide, parce qu'il fera faire des imprimés et qu'il n'aura plus qu'à prendre sur son bureau. Vraiment cela serait bien commode pour le public, mais pas pour le médecin. Et les coliques, ne deviendront-elles pas des empoisonnements, c'est-à-dire des accidents !

Malgré toutes ces raisons que je trouvais excellentes, le juge de paix m'a condamné à 1 fr. d'amende, « attendu que la réquisition faite au Dr X. l'a été par un fonctionnaire compétent, qu'il y avait urgence, que le sieur X. était dans la possibilité de prêter le secours qui lui était requis et que son refus constitue la contravention prévue et punie par l'article 475, paragraphe 12 du Code pénal ».

Mon intention était de faire immédiatement appel en cassation, d'adresser la présente note au *Concours* et de demander à nos honorables conseils judiciaires leur avis sur les chances du pourvoi. — Dans le cas où leur avis aurait été défavorable, j'aurais renoncé à mon pourvoi, mais c'est ici que j'étais insuffisamment renseigné ; il paraît que dans ce cas le pourvoi aurait été relevé par le ministère public et que j'aurais été fouetté deux fois. La faute de tactique que j'ai commise, c'est de ne pas demander le renvoi de la cause à un mois pour avoir le temps de me renseigner. Mais mon bon sens me dit que le jugement qui me condamne sera cassé parce que le fait à propos duquel j'ai été requis n'était point entouré de conditions qui rendaient un rapport médico-légal nécessaire ou indispensable.

Quoi qu'il en soit, veuillez, mon cher Directeur, publier le fait si vous le jugez digne d'intérêt et en même temps poser la question des chances du pourvoi.

Dr X.

10 août 1886.

VARIÉTÉS

La momie de Sésostris

Nous extrayons du procès-verbal de M. Maspero fait à Boulaq, le 3 juin 1886, les détails suivants sur l'état de la momie de Sésostris, qui vivait quinze ou seize cents ans avant l'ère chrétienne et fut le plus grand roi d'Egypte :

« Cette dernière enveloppe écartée, Ramsès II apparut. La tête est allongée, petite par rapport au corps. Le sommet du crâne est entièrement dénudé. Les cheveux, rares sur les tempes, s'épaississent à la nuque et forment de véritables mèches lisses et droites d'environ. 5 centimètres de longueur ; blancs au moment de la mort, ils ont été teints en jaune-clair par les parfums. Le front est bas, étroit, l'arcade sourcilière saillante, le sourcil blanc et fourni, l'œil petit et rapproché du nez, le nez long, mince, busqué comme le nez des Bourbons, légèrement écrasé au bout par la pression du maillot, la tempe creuse, la pommette proéminente, l'oreille longue, écartée de la tête, percée d'un trou comme celle d'une femme pour y accrocher des pendants, la mâchoire forte et puissante, le menton très haut. La bouche assez peu fendue est bordée de lèvres épaisses et charnues ; elle était remplie d'une pâte noirâtre dont une partie détachée au ciseau a laissé entrevoir quelques dents très usées et très friables, mais blanches et bien entretenues. La moustache et la barbe, peu fournies et rasées avec soin pendant la vie, avaient crû au cours de la dernière maladie ou après la mort ; les poils, blancs comme ceux de la chevelure et des sourcils, mais rudes et hérissés, ont une longueur de 0,002 ou 0,003. La peau est d'un jaune terreux, plaqué de noir. En résumé, le masque de la momie donne très suffisamment l'idée de ce qu'était le masque du roi vivant ; une expression peu intelligente, peut-être légèrement bestiale, mais de la fierté, de l'obstination et un air de majesté souveraine qui perce encore sous l'appareil grotesque de l'embaumement. Le reste du corps n'est pas moins bien conservé que la tête, mais la réduction des chairs en a modifié plus profondément l'aspect extérieur. Le cou n'a plus que le diamètre de la colonne vertébrale, la poitrine est ample, les épaules sont hautes, les bras croisés sur la poitrine, les mains fines et rougies de henné. La plaie par laquelle les embaumeurs avaient ôté les viscères s'ouvre largement au flanc gauche. Les parties génitales ont été enlevées à l'aide d'un instrument tranchant. Les cuisses et les jambes sont décharnées, les pieds longs, minces, un peu plats, frottés de henné comme les mains. Le cadavre est d'un vieillard, mais d'un vieillard vigoureux et robuste ; on sait, en effet, que Ramsès II régna 77 ans seul et dut mourir presque centenaire. » (*J. des Débats*, 13 juin 1886.)

HYGIÈNE PUBLIQUE

La nouvelle loi suisse contre les épidémies.

Article premier. — Les maladies épidémiques qui offrent un danger général (article 69 de la Constitution fédérale) et auxquelles la présente loi est applicable sont la variole, le choléra asiatique, le typhus pétéchial et la peste.

Art. 2. — A l'approche d'épidémies offrant un danger général, les cantons doivent pourvoir au contrôle de l'eau potable, des denrées alimentaires et des habitations, et tenir disponibles des locaux d'isolement et des moyens de transport convenables, ainsi que les asiles nécessaires pour les personnes indemnes.

Art. 3. — Dans le cas des maladies dénommées à l'article premier, le maître du logis dans lequel le malade se trouve est tenu d'en informer sans aucun retard l'autorité locale. Si c'est le maître du logis lui-même qui est atteint, cette obligation incombe à toute personne majeure faisant partie du ménage.

La même obligation incombe en outre au médecin qui traite le cas et qui doit aviser non seulement l'autorité locale, mais encore l'autorité sanitaire.

L'autorité locale ou sanitaire transmet immédiatement, après constatation médicale du cas, l'avis au gouvernement cantonal.

Art. 4. — Le malade et les personnes chargées de le soigner doivent être isolés, autant que possible, dans sa demeure. Les autres habitants de la maison, ainsi que les personnes qui ont été en contact avec le malade, peuvent, si les circonstances le commandent, être soumis temporairement à la surveillance médicale.

Le malade peut rester dans sa demeure, à condition que les prescriptions médicales concernant l'isolement puissent être convenablement observées et le soient en réalité.

Lorsque l'exécution de ces mesures n'est pas pos-

sible sans danger pour la sécurité publique ou n'a pas lieu, les autorités compétentes feront transférer le malade dans un asile convenable et interneront dans un local approprié les personnes en santé qui ont été en contact avec lui.

Art. 5. — Les malades, ainsi que les personnes non atteintes qui, sans qu'il y ait de leur propre faute, sont soumises aux mesures prévues dans l'article précédent, ont, en cas de besoin, droit à l'entretien et au traitement médical gratuits, sans être pour cela considérés comme assistés ou tenus au remboursement. Les personnes non atteintes et qui ont été délogées ou internées, ont droit en outre, si elles sont dans le besoin, à une indemnité équitable, en raison des circonstances, pour les pertes qu'elles auraient subies dans l'exercice de leur profession en suite de l'exécution de la loi. Les autorités administratives cantonales, compétentes, prononcent sur cette indemnité.

La surveillance médicale ordonnée éventuellement en vertu de l'article 4, 1er alinéa, est exercée aux frais de la caisse publique.

Art. 6. — En ce qui concerne la désinfection, le Conseil fédéral ordonne les mesures commandées par la nature de l'épidémie.

Art. 7. — Il édicte aussi les prescriptions nécessaires en ce qui concerne le transport des malades et des cadavres, ainsi que le trafic des marchandises pouvant communiquer l'infection.

Il détermine les mesures à prendre par les entreprises publiques de transports contre la propagation des épidémies.

En ce qui concerne le trafic international à la frontière et la surveillance au point de vue sanitaire, il peut ordonner des mesures spéciales.

Il est interdit de mettre le ban sur certaines localités ou contrées.

L'art. 8 bonifie aux cantons la moitié des dépenses qu'ils justifient avoir été causées, à eux et aux communes, par l'exécution des mesures prescrites.

Art. 9. — Quiconque néglige d'observer, ou élude les prescriptions de la présente loi, ou les ordres spéciaux des autorités compétentes, est passible d'une amende de 10 à 500 fr.

Dans les cas graves, et notamment lorsque les prescriptions de police sanitaire ont été violées intentionnellement, l'amende peut s'élever à 1,000 fr. à moins que les lois pénales cantonales ne soient appliquées.

Les demandes civiles en dommages-intérêts demeurent réservées.

L'enquête et le jugement relatifs aux délits visés par le présent article sont du ressort des autorités et tribunaux cantonaux.

Le produit des amendes est versé aux cantons.

Les amendes non payées sont converties en peine d'emprisonnement sur la base d'un jour de prison par 5 fr.

Art. 10. — Les cantons doivent pourvoir à l'exécution de la présente loi et soumettre à l'approbation du Conseil fédéral les lois et ordonnances édictées à cet effet.

Le Conseil fédéral surveille l'exécution de la loi et prend dans ce but les mesures nécessaires.

Art. 11. — Le Conseil fédéral est chargé de publier la présente loi et de fixer l'époque où elle entrera en vigueur.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Lotion contre les maladies du cuir chevelu

(Pierre VIGIER.)

Chlorhydrate de pilocarpine	0 gr. 50
Alcool à 80°	80 » 00
Alcool camphré	5 » 00
Rhum	5 » 00
Teinture de cantharides	5 » 00
Glycérine	5 » 00
Essence de Santal	5 gouttes.
— de Wintergreen	5 »
— de roses	5 »
— de laurier	5 »

Faites dissoudre le sel dans l'alcool et ajoutez les autres substances. Mêlez et employez en frictions légères sur le cuir chevelu.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les syndicats médicaux et le procès du Havre.

Le procès du Havre est terminé, et nous ne pouvions espérer une solution plus conforme à nos désirs. Le jugement rendu par le tribunal constitue, en effet, pour nous, une double victoire qui nous autorise à espérer, dans un prochain avenir, l'établissement d'une jurisprudence en harmonie avec les déclarations qui furent faites devant le parlement lors de la discussion de la loi sur les syndicats professionnels. Mais rappelons brièvement les éléments du procès du Havre qui nous occupe aujourd'hui.

Un sieur Nicolle était assuré à la compagnie *« Le Monde »* pour une somme de dix mille francs. A son décès le sieur Truffault, tuteur des filles mineures Nicolle, réclame à la Compagnie, en faveur de ses pupilles, le montant de la prime souscrite. La Compagnie exige la production d'un certificat médical constatant la cause et la nature de la maladie à laquelle le défunt a succombé. Le sieur Truffault réclame cette pièce au Dr Boutan qui a donné ses soins à Nicolle pendant la dernière maladie de celui-ci. Le Dr Boutan refuse en se retranchant derrière le secret professionnel que lui impose l'article 378 du Code pénal. Notre confrère est assigné par Truffault qui lui réclame 3000 fr. de dommages-intérêts et, dans le cas où il persisterait à refuser de délivrer le certificat demandé, le paiement d'une somme de 10.000 fr., montant de la somme souscrite au contrat d'assurance consenti par la Compagnie *Le Monde* au sieur Nicolle.

Mais, dans une étude sérieuse et approfondie des

rapports des médecins avec les compagnies d'assurances, le syndicat des médecins du Havre avait, dans le courant de l'année précédente, prescrit à tous ses membres de refuser ces sortes de certificats dont la délivrance lui paraissait violer manifestement les règles du secret professionnel.

Le docteur Boutan s'était donc conformé à une règle de conduite tracée par une société professionnelle dont il faisait partie. C'était sous l'autorité morale de cette société qu'il s'était placé, et, comme conséquence, il avait cru devoir faire intervenir le syndicat dans la cause en l'appelant en garantie.

Deux questions se posaient donc devant le tribunal du Havre.

La première était celle-ci : un médecin peut-il être contraint, sous des peines pécuniaires, de délivrer des certificats dans lesquels il fait connaître la cause et la nature de la maladie à laquelle a succombé un de ses clients ?

Dans une étude que nous avons lue au syndicat départemental de la Gironde et qui sera publiée prochainement dans le *Concours*, nous avons démontré que le médecin, non seulement n'est pas tenu de fournir ces sortes de renseignements, mais encore que la *jurisprudence lui interdit formellement* de les délivrer. L'honorable conseil judiciaire du syndicat, dans une note qu'il avait bien voulu rédiger sur notre demande, et que nous avons publiée à la suite du jugement dans le précédent numéro, concluait aussi que le médecin ne saurait être tenu de donner des certificats de ce genre.

La même manière de voir a également été adoptée par tous les auteurs qui se sont occupés de la question et que nous n'avons pas à citer ici. C'est aussi la conclusion très fortement motivée à laquelle le tribunal du Havre s'est arrêté. La conduite de notre honorable confrère, le Dr Boutan, a été justifiée et le sieur Truffault condamné à tous les frais du procès.

La seconde question qui se posait était ou pouvait paraître plus épineuse.

Le syndicat médical du Havre était, nous l'avons dit, appelé en garantie par le Dr Boutan. On pouvait se demander quelle serait l'attitude des juges à la suite de l'arrêt rendu par la Cour de cassation dans l'affaire de Domfront. Repousseraient-ils le syndicat comme ne possédant pas une existence légale et ne pouvant ester en justice ? Ou bien, donnant à la loi du 21 mars 1884 cette interprétation *large* recommandée par M. Waldeck-Rousseau, admettraient-ils l'intervention, dans le procès, de cette collectivité comme personnalité civile ? Assurément, on ne pouvait espérer que le tribunal du Havre viendrait hautement et explicitement affirmer le droit pour les médecins, de jouir de tous les avantages conférés par la loi du 21 mars 1884 aux syndicats professionnels. Mais nous n'hésitons pas à dire qu'il a fait, dans l'espèce, tout ce qu'il était possible de faire en affirmant qu'*un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée.*

C'est assurément un progrès immense accompli, et nos confrères verront dans cet acte un encouragement à se grouper en syndicats dans les localités où ces institutions n'existent pas encore. Les syndicats existants y puiseront une nouvelle force et une nouvelle ardeur à s'occuper des intérêts professionnels si menacés ou si méconnus.

Pour nous, on nous permettra de voir dans le jugement du Havre une tendance nouvelle de la magistrature devenue plus bienveillante à notre égard. Nous pensons que les protestations nombreuses que l'arrêt de la Cour de cassation avait soulevées de toutes parts contre l'interprétation d'une loi dont le texte n'avait pas bien traduit l'esprit du législateur, nous pensons que ces protestations suivies du dépôt de trois projets d'articles additionnels à la loi sur les syndicats n'ont pas été étrangères à la décision libérale prise par les juges du Havre.

Dans tous les cas, le résultat obtenu nous semble d'un excellent augure pour l'avenir et nous avons eu hâte de mettre sous les yeux de nos confrères le remarquable jugement dont nous venons de parler.

Dr Barat-Dulaurier.

Syndicat médical de Nantes.

Séance du 18 Juin.

Présidence de M. Teillais, président.

Sont présents : MM. Blaizot, Chachereau, Crimail, Destez, L. Jouon, Lacambre, Lerat, Luneau, Patoureau, Perochaud, Porson.

Le procès-verbal de la séance du 19 mai est lu et adopté.

Le secrétaire donne lecture des réponses adressées au Syndicat par les présidents des Sociétés de secours mutuels, relativement aux nouveaux engagements à contracter entre le Syndicat et ces sociétés.

Il ressort de la discussion, qui suit cette lecture, que les Sociétés ont eu jusqu'ici deux modes de paiement : 1° l'abonnement ; 2° le paiement à la visite. Le système de paiement à l'abonnement est, après une épreuve de deux années, définitivement jugé comme défectueux par le cercle de Nantes et rejeté à l'unanimité.

Un prix de visite excessivement modéré est accordé aux sociétés de secours mutuels qui choisissent leurs médecins dans le syndicat.

Invitation officieuse est faite aux médecins qui soignent des Sociétés à titre de médecins particuliers d'adopter autant que possible la méthode du Syndicat.

Par sa circulaire du 10 juin, M. le Préfet invitait le Président du Syndicat à la réception du Ministre de l'Instruction publique la Préfecture. Une délégation composée de M. Teillais, président, Crimail, Lacambre et Patoureau, se rendait à cette invitation. Gracieusement accueillis par son Excellence M. le Ministre de l'Instruction publique, nos confrères ont exposé le but de notre Syndicat. M. le Ministre leur a adressé des paroles d'éloge et d'encouragement et leur a promis son appui pour soutenir aux Chambres, la proposition ayant pour objet d'étendre à toutes les professions, et notamment aux professions dites libérales, le bénéfice de la loi du 21 mars 1886 sur les syndicats professionnels.

Le Syndicat fixe au samedi 17 juillet, à deux heures, la séance générale semestrielle et nomme MM. Porson, vice-président, et Patoureau, commissaire du banquet qui suivra cette réunion.

La séance est levée à neuf heures et demie.

Syndicat médical de l'arrondissement de Corbeil.

Procès-verbal de la séance du 25 Juillet.

Le syndicat s'est réuni le 25 juillet 1886 à Corbeil, Hôtel de Bellevue. Etaient présents : MM. Vignes, Pépin, Osiecki, Ladroitte, de Saint-Martin, Chairon et Surbled.

Excusés par lettre : MM. Gros, Daussure, Maugenest.

La séance est ouverte à 2 h. 1/2.

Le procès verbal de la dernière séance est lu et adopté.

MM. Chairon et Surbled rendent compte de la démarche faite le 13 juillet auprès de M. le Préfet pour les bureaux des six syndicats de Seine-et-Oise. Une note, destinée au Conseil général, relatant nos réclamations au sujet du service d'inspection des nourrissons, est signée par les confrères présents. Elle demande : 1° la suppression du fameux carnet ou du moins celle des signatures mensuelles ; 2° une meilleure rétribution de nos visites, par exemple l'application du tarif de Seine-et-Marne ; 3° une nouvelle répartition des circonscriptions d'inspection.

M. le Docteur Ladroitte expose au syndicat le cas de déontologie suivant :

Deux médecins voisins ont été appelés à soigner, dans une même maison d'un petit village, un certain nombre de fièvres typhoïdes. Sur l'avis de la mairie, la préfecture décide une enquête sur cette épidémie et la confie à un troisième médecin. Celui-ci se transporte *chez tous les malades*, accompagné d'un des médecins traitants, *sans même aviser l'autre*. Ce procédé est-il correct ?

Le syndicat, se refusant à apprécier une situation aussi délicate, émet cependant le vœu qu'à l'avenir les enquêtes sur les épidémies soient confiées par l'autorité municipale aux médecins traitants eux-mêmes. Dans le cas où un médecin enquêteur serait désigné par la préfecture, il devrait se faire accompagner chez les malades par le médecin traitant.

La séance est levée à 3 h. 1/2.

Le secrétaire : Dr Surbled.

Cercle médical de l'arrondissement de Montmorillon.

Séance du 1er juillet 1886.

Les membres du cercle se sont réunis à Saint-Sains le 1er juillet 1886.

La plus franche et la plus cordiale confraternité, qui préside à toutes nos réunions, avait commencé dès le matin.

Arrivaient, dans la même voiture, les médecins de Montmorillon et de Rathus ; dans une autre voiture, les médecins de Persac, de Verrières et de Lussac-les-Châteaux, pendant que le chemin de fer amenait les privilégiés de Chauvigny.

A onze heures, tous prenaient part au banquet traditionnel.

Etaient présents :

MM. A. Litardière, syndic, de Lussac-les-Châteaux ;
A. Guillé, assesseur, de Montmorillon ;
Bernard, de Persac ;
Gaudin, de Chauvigny ;
Guillemot, de Saint-Sains ;
Marsat, de Lathus ;
Mickiels, de Chauvigny ;
Piorry, de Verrières ;
Robin, de Saint-Sains ;
des Roseaux, de Montmorillon.

Sur la présentation du syndic, le Dr Coutancin, de Chauvigny, a été nommé, à l'unanimité, membre du Cercle.

Après des discussions relatives à des faits personnels, qui seront jugés en assemblée générale du syndicat médical de la Vienne, il a été décidé : « de joindre notre protestation à celle que l'*Union des Syndicats* adresse aux sénateurs et aux députés pour la revision des lois qui régissent la médecine. »

La prochaine réunion aura lieu à Lussac-les-Châteaux.

Bureaux des syndicats en 1886 (*Suite*).

Bureaux du Syndicat de Voiron.

Président : Drs Boucher.
Secrétaire : Rouvier.

Bureau du Syndicat de la région de Saint-Calais.

Président : Drs Charbonnier, de Saint-Calais.
Syndics : Massé id.
id. Lapeyre (Savigny, Loir-et-Cher).
Secrétaire : Drumez, Bené (Sarthe).

Bureau du Syndicat de la Charente.

Président : Drs Vallantin, Angoulême.
Vice-Président : Dértaux, id.
Secrétaire-Trésorier : Clémenceau, Angoulême.
Syndics : Mesnard (Louis), pour l'arrondissement de Ruffec.
id. Compagnon, de Chasseneuil, arrondissement de Conflens.
id. Doublet, d'Angoulême, arrondissement d'Angoulême.
id. Mandinand, de Montmoreau, arrondissement de Barbézieux.

Bureau du Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux.

Président : Drs Lassalle, de Lormont.
Vice-Président : Chabrely, à la Bastide.
Trésorier : Landreau, à Bordeaux.
Secrétaire : Creuzan, à Floirac.
Assesseurs : Brethenoux, à Cadillac (Hte-Garonne).
id. Ronges, à Saint-Loubès.
id. Cazaux, à Langoiran.
id. Lestage, à Gradignan.
id. Felletin, à Izon, par St-Sulpice d'Izon.

NOUVELLES

Prix proposés par l'Académie de médecine pour l'année 1887

Prix de l'Académie (1,000 francs). — Question : *De l'hystérectomie vaginale. Indications et procédés opératoires.*

Prix d'Argenteuil (10,000 francs). — Ce prix, qui est sexennal, sera décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urèthre, ou à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des autres maladies des voies urinaires.

Prix Barbier (2,000 francs). — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert des moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc.

Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

Prix Henri Buignet (1,500 francs). — Ce prix sera décerné tous les ans à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales.

Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candida-

ture pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1,500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3,000 francs pourrait être partagée en deux prix de 1,500 francs chacun.

PRIX CAPURON (1,000 francs). — *De la régression normale des tissus et des organes après l'accouchement. Étudier les altérations et les états pathologiques qui en peuvent résulter.*

PRIX CIVRIEUX (1,000 francs). — Question : *Des névralgies vésicales.*

PRIX DAUDET (1,000 francs). — Question : *De l'actinomycose.* « Les auteurs devront présenter des observations originales recueillies en France. »

PRIX DESPORTES (12,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

PRIX ERNEST GODARD (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1,000 francs). — Question : *Étude clinique de l'athrepsie.*

PRIX LAVAL (1,000 francs). — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LEFÈVRE (2,000 francs). — Question : *De la mélancolie.*

PRIX AUGUSTE MONBINNE. — M. Auguste Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1,500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale, de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire.

Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant, soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *De la tuberculose rénale primitive.*

PRIX SAINT-LAGER. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie de médecine une somme de 1,500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne, à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goîtreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

PRIX VERNOIS (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Prix proposés pour l'année 1888.

PRIX DE L'ACADÉMIE (1,000 francs). — Question : *Les vidanges et les eaux ménagères au point de vue de l'assainissement des habitations privées.*

PRIX AMUSSAT (1,000 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches basées simultanément sur l'anatomie et sur l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX CAPURON (1,000 francs). — Question : *Indication et emploi des eaux minérales dans le traitement du rhumatisme chronique.*

PRIX CIVRIEUX (1,000 francs). — Question : *Des hallucinations de l'ouïe.*

PRIX DESPORTES (1,300 francs). — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique pratique.

PRIX FALRET (1,500 francs). — Question : *Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.*

PRIX ERNEST GODARD (1,000 francs). — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX ITARD (2,000 francs). — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX ORFILA (4,000 francs). — Question : *Du venin de la vipère.* D'après les intentions du testateur, « la question devait être envisagée au point de vue de la physiologie, de la pathologie, de l'anatomie pathologique et de la thérapeutique.

Que devient ce poison après avoir été absorbé ? Dans quels organes séjourne-t-il ? A quelles époques est-il éliminé, et par quelles voies ? Quels troubles amène-t-il dans les fonctions ? Quels sont les symptômes et les lésions organiques qu'il provoque ? Quelle est son action sur les fluides de l'économie animale et en particulier sur le sang ? Quel mode de traitement doit-on préférer pour combattre ses effets ? Enfin, quelle est la marche à suivre pour déceler ce toxique dans les organes ou les liquides de l'économie, soit avant, soit après la mort.

Des expériences seront tentées sur les contrepoisons. Peut-on, par exemple, poursuivre ce toxique jusque dans le sang et dans les organes où il a été porté par absorption, en faisant usage d'un agent chimique qui le rendrait inerte ou beaucoup moins actif ? »

PRIX PORTAL (1,000 francs). — Question : *Anatomie pathologique des érysipèles.*

PRIX STANSKI (1,800 francs). — Ce prix, qui est bisannuel, sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS (800 francs). — Ce prix, qui est unique et annuel, sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Nota. — Les mémoires et les ouvrages devront être envoyés à l'Académie, pour les prix à décerner en 1887 avant le 1er mai 1887, et pour les prix à décerner en 1888 avant le 1er mars 1888. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise indiquant les noms et adresses des auteurs.

Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indirectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. Les concurrents aux prix fondés par MM. Amussat, Barbier, Buignet, Desportes, Godard, Itard, Monbinne, Stanski et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exemptés de cette dernière disposition.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, place St-André, 3

Huitième année **N° 36** 4 Septembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Pneumonies infectieuses et pneumonies grippales (1).

M. *Lancereaux* relate un certain nombre d'observations de pneumonies qu'il a recueillies au printemps de 1886. Il fait remarquer qu'elles ont coexisté avec la grippe, du moins à partir du mois de mars, et qu'elles revêtaient nettement le caractère épidémique : sur 25 cas qu'il a vus en deux mois, il y a eu 6 cas intérieurs, ayant frappé d'anciens malades, un infirmier et un externe de son service. Ces 6 cas intérieurs ont été mortels. Les symptômes ont été très irréguliers : début insidieux, frissons réitérés, dyspnée excessive et point de côté violent, expectoration nulle ou très abondante et rosée, dans laquelle on trouvait des pneumocoques, température souvent peu élevée, albuminurie, durée moindre ou plus longue que dans le type classique et mort survenant quelquefois après que la défervescence avait été complète.

Les complications ont été la méningite, l'endocardite ulcéreuse, la parotidite ; on a trouvé dans deux cas des pneumocoques dans l'endocarde, et une fois de la méningite avec streptocoques. Dans un cas on a même vu une pleurésie fibrino-suppurée avec pneumocoques sans participation du poumon à l'inflammation. M. Lancereaux conclut que la pneumonie est une maladie générale et contagieuse, pouvant, outre sa localisation ordinaire sur le poumon, se fixer sur un autre organe, celui-là restant indemne.

M. *Bouchard* pense que les caractères des pneumonies observées au printemps dernier sont bien ceux des pneumonies grippales. D'ailleurs la pneumonie est bien en tout cas une infection. M. L.-H. Petit trouve dans l'existence d'avortements au cours de la pneumonie, comme dans la fièvre typhoïde et la rougeole, un caractère à l'appui de la nature infectieuse de la pneumonie.

(1) Congrès de Nancy (suite).

Iritis séreuse chez les scrofuleux.

M. *Couturier* (d'Epinal) a observé 17 fois l'iritis séreuse chez des sujets porteurs de stigmates de scrofule et atteints antérieurement de poussées de kérato-conjonctivites phlycténulaires. Même il a vu plusieurs fois l'iritis se développer dans le cours même de la poussée phlycténulaire. M. Couturier pense donc que certains auteurs ont tort de considérer l'iritis séreuse comme étant habituellement dépendante de la syphilis héréditaire.

Les bains de mer en hiver pour les scrofuleux.

M. *de Valcourt* (de Cannes) rappelle qu'on peut faire bénéficier les enfants scrofuleux de l'hydrothérapie marine même pendant l'hiver, en les envoyant sur les plages de la Méditerranée. Chaque hiver les médecins de Cannes reçoivent des enfants atteints de coxalgie, du mal de Pott, de scolioses ou même des enfants simplement chétifs, et des jeunes filles chlorotiques dysménorrhéiques. Tous éprouvent de l'amélioration par les bains de mer froids ou chauds, le séjour sur la plage et les promenades sur l'eau. L'hôpital fondé à Cannes par M. J. Dollfus en 1881 donne des résultats excellents. Seulement on n'y reçoit pas les phthisiques ; et cependant, si les phthisiques ne peuvent bénéficier des bains de mer, ils ont bien des avantages à vivre dans un climat où l'absence de brouillard, la radiation lumineuse et la

chaleur de l'atmosphère stimulent leur nutrition et leur évitent des poussées congestives.

M. *Maurel* a fait une communication sur les *lois de l'acoustique et du stéthoscope.*

M. *Tison* donne des détails sur la gymnastique suédoise et le *massage à l'aide d'instruments* très ingénieux, tels qu'on les pratique à Baden-Baden.

Dissociation des phénomènes psycho-moteurs dans l'état hypnotique et à l'état de veille.

On sait depuis Braid que, dans l'état cataleptique, lors qu'on imprime aux membres d'un sujet une attitude déterminée, on voit presque aussitôt se manifester sur ses traits une expression qui traduit l'émotion connexe. C'est la suggestion par geste ou suggestion par l'intermédiaire du sens musculaire. M. *Bérillon* a profité de l'état cataleptique pour imprimer aux muscles de la face une expression d'hilarité, puis il a suggéré à l'individu, soit à l'état somnambulique, soit éveillé, une pensée triste en complet désaccord avec l'expansion de sa figure. Or les autres muscles du corps ont pris en même temps l'attitude commandée par l'idée suggestionnée. L'inverse a pu être fait également : les muscles faciaux étant contracturés pour exprimer une idée triste, les gestes accomplis par les muscles des membres trahissaient les idées gaies suggérées à l'individu. M. Bérillon voit dans ces faits une démonstration physiologique d'une localisation cérébrale distincte des diverses facultés mentales.

L'impaludisme comme cause de gangrène symétrique des extrémités.

M. *Bérillon* a observé un malade atteint de gangrène symétrique des extrémités (maladie de M. Raynaud) chez lequel il a cru pouvoir, concurremment avec M. Verneuil, invoquer le paludisme comme étiologie en se basant d'une part sur l'analyse des commémoratifs et l'efficacité du traitement qui a été celui du paludisme (quinine et liqueur de Fowler). M. Verneuil a depuis longtemps été frappé de l'analogie étroite qui existe entre la maladie de Raynaud et les gangrènes sèches d'origine paludéenne.

L'hypnotisme au point de vue médico-légal.

M. *Liégeois* a déjà lu, en 1884, un mémoire à l'Académie des Sciences morales sur la *suggestion dans ses rapports avec le droit civil et le droit criminel.* M. Liégeois n'est pas médecin, mais professeur de droit à la Faculté de Nancy, et il a depuis longtemps étudié les questions relatives à l'hypnotisme, en s'éclairant des recherches des éminents médecins de cette ville : MM. Liébault, Bernheim, Beaunis.

M. Liégeois pense qu'on doit commencer à tenir compte, au point de vue de l'application de la loi pénale, de la possibilité de faire commettre des actes délictueux par des personnes susceptibles d'arriver au sommeil somnambulique et qui, agissant en véritables automates, doivent être acquittées. Le seul coupable à rechercher et à punir est l'auteur de la suggestion criminelle. M. Liégeois a présenté à l'appui de sa communication deux sujets auxquels il a suggéré diverses choses, dont ils avaient complètement perdu le souvenir au réveil.

Hématémèses hystériques.

M. *Aug. Ollivier* a rapporté plusieurs observa-

FEUILLETON

Extrait du Dictionnaire ou traité de la police générale des villes, bourgs, paroisses et seigneuries de la campagne par M. Edme de la Poix de Fremenville, bailli des villes et marquisat de la Palisse. (M. DCC LVIII.)

CADAVRES. — NOYÉS.

La vie des humains est intéressante pour l'Etat et la Société, et l'on ne doit rien négliger pour sa conservation. Il y a quelques années qu'un cadavre noyé, et que l'on croyait mort, revint de son état par pur hasard, et, avec quelques autres expériences, l'on connut qu'une personne qui tombe à l'eau est extrêmement longtemps à perdre la vie; ce qui occasionna que la Cour fit annoncer dans les journaux cette découverte, et en même temps il fut envoyé des mémoires afin de rendre publics les soins qu'il fallait donner à ces cadavres infortunés. Il nous est tombé sous la main un de ces mémoires imprimés à Lyon, chez Valfray, en conséquence des ordres de la cour adressés à M. l'archevêque. Nous le rapporterons ici parce qu'il ne peut être trop répandu à la campagne, et les procureurs fiscaux sont intéressés, pour le bien du public, d'en être informés.

DE PAR LE ROI

Avis pour donner des secours à ceux que l'on croit noyés.

Dans les villes et même dans les lieux moins considérables situés soit sur le bord des rivières, soit sur ceux des lacs, soit sur ceux de la mer, il n'y a guère d'années où on n'ait à regretter des hommes qui ont été noyés ; c'est ce qui n'est que trop certain et qui est assez connu. Mais on ne sait pas, et l'amour du genre humain ne permet pas de le laisser ignorer, que plusieurs de ceux qu'on retire de l'eau sans apparence de vie, seraient soustraits à une mort prochaine, si on leur donnait les secours nécessaires, et pendant un temps assez long. Après quelques tentatives de peu de durée, on regarde comme morts, et on laisse

tions de nature à prouver qu'il existe chez les hystériques des hématémèses indépendantes de toute lésion organique de l'estomac et des troubles menstruels. Le diagnostic se fait en pareil cas d'après la conservation de la nutrition, la brusquerie du début, la notion d'une secousse nerveuse récente et la guérison rapide. La cause en est, comme pour les autres hémorrhagies hystériques, un trouble vaso-moteur assez accentué pour amener une rupture vasculaire. M. Ollivier pense que quelquefois l'hématémèse peut être presque le seul symptôme par lequel l'hystérie se manifeste chez un sujet et il lui accorde la même valeur comme signe révélateur de l'hystérie latente qu'à une contracture isolée.

Récidive de la fièvre typhoïde.

A propos d'une communication de *M. Deshayes*, qui a observé deux cas très nets de récidive de la fièvre typhoïde après 3 ans, divers orateurs ont pris la parole pour dire que la récidive de la fièvre typhoïde est chose plus fréquente qu'on ne l'a admis, et que la maladie tend à changer peu à peu d'allures depuis quelques années et à se modifier dans les pays où elle est endémique. Elle ne confère pas plus une immunité absolue qu'aucune autre maladie infectieuse; l'immunité n'est jamais qu'un fait relatif (*Rochard*). *M. Bernheim* nie presque l'immunité de la fièvre typhoïde.

M. *Bouchard* a observé la récidive dans 20 % des cas de fièvre typhoïde qu'il a vus.

Les rechutes sont en général plus légères et plus courtes, *et peuvent se succéder*.

Cependant il n'ira pas jusqu'à dire, comme M. Bernheim, que la fièvre typhoïde ne confère pas l'immunité; ce qu'on peut dire, c'est que celle-ci est moins assurée que celle de la variole, de la scarlatine, et surtout de la syphilis. La *rougeole*, elle, confère une immunité très faible; M. Bouchard a vu jusqu'à quatre rougeoles dans la vie d'une jeune fille.

Pour ce qui concerne les *modifications que peut* avoir subies la fièvre typhoïde, empiriquement on les constate; mais on peut les interpréter de bien des façons. C'est l'agent infectieux qui a modifié son activité en plus ou en moins : mais c'est aussi l'homme, le terrain qui a changé.

Pour les agents infectieux, on sait quelle influence ont les climats sur la fièvre intermittente. Les modifications ne sont guère imputables à l'homme seul ; mais néanmoins, l'influence du terrain est indéniable. N'a-t-on pas vu des maladies infectieuses, transportées sur un sol vierge, y causer des ravages effroyables ? La variole en Amérique, la syphilis à Taïti en sont des exemples. Peut-être aussi bénéficions-nous de l'hérédité. Enfin l'acclimatement est souvent constitué par une série de petites atteintes de la maladie à peine perçues.

M. Landowski croit qu'il faut tenir compte des influences climatériques et telluriques. Ainsi la vérole des Russes du Midi reprend une marche effrayante lorsqu'ils se transportent en Sibérie.

M. Maurel pense que le bénéfice de l'hérédité ne peut pas toujours être invoqué : ainsi des familles habitant des pays à l'abri de la fièvre jaune, redeviennent, par un séjour en France et à leur retour dans les pays chauds, susceptibles de reprendre cette maladie sous la forme grave.

---

pour tels, ceux dont tout souffle de vie continue de paraître éteint, surtout s'ils ont resté longtemps dans l'eau, comme pendant quelques heures ; dans cette dernière circonstance, on ne daigne rien tenter en leur faveur. Des histoires rapportées par plusieurs auteurs auxquels nous devons croyance, prouvent cependant qu'on a sauvé la vie à des hommes qui avaient resté dans l'eau et même sous l'eau pendant plusieurs heures, et que ça n'a été quelquefois qu'au bout de deux heures qu'on a eu des signes qui apprenaient qu'ils n'étaient pas réellement morts.

Les bords escarpés de quelques lacs profonds de Suisse occasionnent trop fréquemment des chutes malheureuses ; les bons succès qu'ont eu les secours qu'on a donnés à des hommes pêchés dans les lacs, tantôt plus tôt et tantôt plus tard, ont été publiés dans différentes années du Mercure Suisse, et dans différents mois de chacune de ces années. On y a rapporté les moyens dont on s'est servi pour ranimer des hommes qui avaient perdu toute apparence de vie et on va les retrouver ici. Il serait à souhaiter qu'ils ne fussent ignorés nulle part, qu'on pût répéter de si charitables expériences toutes les fois que l'occasion s'en présentera, et qu'en les répétant on découvrît des pratiques encore plus efficaces et plus sûres.

Autrefois, tout ce qu'on croyait pouvoir faire de mieux pour l'infortuné qu'on retirait de l'eau, ou au moins de plus pressé, c'était de le pendre par les pieds; mais, depuis que des dissections faites par de sçavants anatomistes ont appris que des hommes qui ont perdu la vie sous l'eau en ont peu pour l'ordinaire dans leur estomach, moins que s'ils eussent bu beaucoup volontairement, il ne semble pas qu'il convienne de mettre le noyé dans une position qui serait fâcheuse, dès que les liqueurs auraient repris leur mouvement ordinaire. Il peut arriver qu'il ait trop bu, et pour sçavoir s'il est dans ce cas, et s'il y est, pour lui faire rendre l'eau, on le fait entrer dans un tonneau ouvert par les deux bouts, qu'on roule pendant quelque temps en différents sens; cette pratique même est utile par rapport à d'autres vues. On peut encore l'exciter à vomir l'eau, en introduisant à diverses reprises une plume avec ses barbes dans l'œsophage.

Après avoir ôté les habits au malheureux qu'on vient de retirer de l'eau, au lieu de le laisser étendu et tout nud sur le rivage, comme on ne le fait que trop souvent, ce qu'il y a de plus pressé, c'est de

Traitement de la tuberculose par les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. *Seiler* traite la tuberculose par des séances journalières d'une heure, répétées vingt, trente fois et même plus, d'inhalations d'acide fluorhydrique. Le procédé opératoire consiste à faire barboter de l'air, à l'aide d'un soufflet de bijoutier, dans un mélange d'eau et d'acide fluorhydrique, contenu dans un flacon de gutta-percha, dans les proportions suivantes :

Eau, 150 grammes ; acide fluorhydrique, 50 gr.

L'air chargé de vapeurs fluorhydriques est chassé dans la salle, dans la proportion d'environ dix litres par mètre cube. C'est dans cette salle que séjournent les malades.

Les résultats obtenus ont été les suivants : L'oppression et la dyspnée ont disparu après un nombre de séances variant de 1 à 10 ; — les quintes de toux ont été supprimées et remplacées par quelques accès ; — les sueurs nocturnes ont disparu après un nombre de séances variant de 6 à 15 ; — le sommeil est redevenu bon et réparateur ; — l'expectoration a été modifiée d'une manière très sensible ; elle est devenue bronchique chez les uns et a changé de caractère chez les autres ; — l'appétit est revenu très vite chez les uns (4 à 5 séances), lentement chez les autres (12 à 15 séances) ; le poids du corps augmentait en proportion ; — du côté des voies respiratoires, les troubles organiques et fonctionnels s'amendent lentement ; il est vrai, mais l'amélioration est indéniable.

Aspirateur-injecteur et appareil à douches stomacales.

M. le docteur *Ruault* (de Paris) présente : 1° un appareil, dit inspirateur-injecteur, permettant de faire suivre immédiatement l'aspiration d'un liquide morbide d'une injection médicamenteuse ou antiseptique dans la cavité qui le contenait ; 2° une sonde gastrique, dite à douches stomacales, pouvant s'adapter au même appareil, et permettant le lavage de l'estomac avec la très petite quantité de liquide laveur. L'avantage de ces deux appareils est de permettre de laver l'estomac sans le dilater, ce qu'on ne pouvait faire auparavant.

M. Bouchard ajoute qu'en effet avec les anciens appareils l'abus du lavage de l'estomac, qui a été considérable, avait eu de graves inconvénients, car la distension mécanique des estomacs plus ou moins malades avait produit l'anorexie et l'amaigrissement consécutif. Avec l'appareil de M. Ruault, rien de pareil n'est à craindre, puisque le lavage est effectué avec une très petite quantité de liquide, qu'on peut, de plus, retirer immédiatement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 31 août).

M. le président propose à l'Académie de lever la séance en l'honneur du centenaire de M. Chevreul, associé libre depuis 63 ans.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

La spartéine.

La spartéine est une base volatile retirée du genêt, *genista scorparia*, Lam., de la famille des légumineuses papilionacées.

---

l'envelopper de draps et de couvertures, pour le mettre à l'abri des impressions de l'air froid et pour commencer à le réchauffer.

Pour le réchauffer plus efficacement, on le mettra ensuite dans un lit dont les draps seront bien chauds, et pendant qu'il y sera, on appliquera souvent sur son corps des nappes et des serviettes chaudes.

On a l'exemple de noyés sur qui le soleil chaud et brûlant a produit l'effet que les linges chauds ont fait sur d'autres. Il y en a qui ont été réchauffés dans les bains d'eau chaude, mais on n'a pas toujours la commodité de tenter ce dernier moyen.

Il s'agit ici de remettre en jeu les parties solides de la machine, afin qu'elles puissent redonner du mouvement aux liqueurs. Pour remplir cette vue, on ne laissera pas le noyé tranquille dans son lit, on l'y agitera de cent façons différentes, on l'y tournera et retournera, on le soulèvera et on le laissera retomber, et on le secouera en le tenant entre ses bras.

On doit aussi lui verser dans la bouche des liqueurs spiritueuses ; et c'est faute d'en avoir eu de telle qu'on la voulait, qu'en différentes occasions on *a versé dans la bouche des noyés de l'urine chaude qui a paru produire de bons effets* ! ! On a prescrit une décoction de poivre dans du vinaigre pour servir de gargarisme.

On cherchera aussi à irriter les fibres intérieures du nez, soit avec des esprits volatils, et avec des liqueurs auxquelles on a recours dans les cas d'apoplexie, soit en picotant les nerfs qui tapissent le nez avec les barbes d'une plume, soit en soufflant dans le nez avec un chalumeau du tabac ou quelque sternutatoire plus puissant.

Un des moyens auxquels on a eu recours pour les noyés qui ont été rendus à la vie a été aussi de se servir d'un chalumeau ou d'une canulle pour leur souffler de l'air chaud dans la bouche, pour leur en souffler dans les intestins ; on l'a même introduit avec succès dans ceux-ci avec un soufflet. Une seringue y peut être employée ; peut-être même vaudrait-il mieux employer la seringue pour y porter des lavements chauds capables de les irriter, et propres à y produire plus d'effet que l'air qu'on est plus en usage d'y faire entrer.

Mais tout ce qu'il y a de mieux, peut-être, c'est de souffler dans les intestins la fumée de tabac d'une pipe : un de nos académiciens a été témoin du prompt et heureux effet de cette fumée sur un

Un kilogramme de plante a fourni à M. Houdé environ 12 grammes de principe actif. La spartéine est un liquide incolore, d'une odeur qui rappelle celle de la pyridine, d'une saveur extrêmement amère. Elle est plus dense que l'eau et bout à 287°. Au contact de l'air, elle brunit peu à peu. Peu soluble dans l'eau, elle se dissout dans l'alcool, l'éther, le chloroforme, mais elle est insoluble dans la benzine et le pétrole. Sa réaction est alcaline, et quand on approche une baguette de verre trempée dans l'acide chlorhydrique non fumant, il se forme des vapeurs blanchâtres analogues à celles que produit l'ammoniaque dans les mêmes conditions.

La spartéine se combine facilement avec les acides pour former des sels ; ceux-ci cristallisent difficilement ; le sulfate est le plus stable, c'est aussi le seul employé en médecine.

PHARMACOLOGIE. — Le sulfate de spartéine s'administre en solution ou en pilules.

Potion.

Eau	45 grammes
Eau distillée de laurier cerise	15 —
Sirop simple	20 —
Sulfate de spartéine	0,30 —

Une cuillerée à bouche matin et soir.

Pilules.

Sulfate de spartéine	0gr50
Masse pilulaire	q. s.

Pour faire 10 pilules. Deux pilules dans les vingt-quatre heures.

THÉRAPEUTIQUE. — La spartéine a été étudiée par Laborde, qui a reconnu son action sur le cœur ; c'est en se basant sur ces travaux que G. Sée l'a appliqué la spartéine au traitement des affections cardiaques.

A la dose de 10 centigrammes en moyenne le sulfate de spartéine augmente l'intensité et la durée des contractions ventriculaires.

La spartéine est un médicament dynamique et régulateur du cœur qui relève les mouvements du cœur et du pouls. Sous ce rapport, elle agit comme la digitale et le muguet, mais son action est plus prompte et plus durable. Elle régularise immédiatement le rythme cardiaque altéré et on l'a dite supérieure dans ce cas aux autres agents. Elle est indiquée dans les affections graves, atoniques, avec ralentissement des mouvements du cœur.

Tous ces phénomènes apparaissent au bout d'une heure ou de quelques heures et persistent trois ou quatre jours après la suspension du médicament. Pendant cette période les forces augmentent et la respiration se fait facilement. Les fonctions urinaires ne paraissent pas atteintes par la petite dose employée.

Le sulfate de spartéine paraît être utile quand le cœur est atteint d'une altération des tissus ou d'insuffisance pour compenser les obstacles apportés à la circulation. Quand le pouls est faible, irrégulier, arythmique, le sulfate de spartéine rétablit l'état normal. Quant la circulation se ralentit, le médicament obvie à ce défaut fonctionnel en augmentant, en conservant la force acquise par le muscle cardiaque.

(*D'après le formulaire de* BARDET et EGASSE).

---

noyé : une pipe cassée peut fournir le tuyau ou chalumeau sur lequel on soufflera dans le corps la fumée qu'on aura tirée de la pipe entière.

Aucun des moyens qui viennent d'être indiqués ne doit être négligé ; ensemble ils peuvent concourir à produire un effet salutaire : ils seront employés avec plus de succès quand la fortune voudra qu'ils le soient sous les yeux d'un médecin qui se sera trouvé à portée. Si la fortune donne aussi un chirurgien, on ne manquera pas de tenter la saignée, et peut-être est-ce à la jugulaire qu'elle doit être faite. Car dans les noyés comme dans les pendus, et dans ceux qui sont tombés en apoplexie, les veines du cerveau se trouvent trop engorgées de sang ; si les vaisseaux peuvent être un peu vidés, ils ne seront plus en état d'agir sur la liqueur qu'ils doivent faire mouvoir.

Enfin, quand les premiers remèdes qui pourront être tentés ne seront pas suivis de succès, ce sera probablement le cas où le chirurgien pourra avoir recours à la bronchotomie, c'est-à-dire, à ouvrir la trachéo-artère. L'air qui pourra entrer librement dans les poumons par l'ouverture qui aura été faite au canal qui le leur fournit dans l'état naturel, l'air chaud même qui pourra être soufflé par cette ouverture, redonnera peut-être le jeu aux poumons et tous les mouvements de la poitrine renaîtront.

Mais de quoi doivent être surtout avertis ceux qui aimeront à s'occuper d'une si bonne œuvre, c'est de ne pas se rebuter, si les premières apparences ne sont pas telles qu'ils les désirent. On a l'expérience de noyés qui n'ont commencé à donner des signes de vie qu'après avoir été tourmentés pendant plus de deux heures. Quelqu'un qui a réussi à ramener à la vie un homme dont la mort était certaine sans les secours qu'il lui a donnés, doit être bien content des peines qu'il a prises ; et si elles ont été sans succès, il se sçait gré au moins de ne pas les avoir épargnées.

Quoique le peuple du Royaume soit assez généralement porté à la compassion, et quoiqu'il souhaitât de donner des secours aux noyés, souvent il ne le fait pas parce qu'il ne l'ose pas ; il s'est imaginé qu'il s'exposerait aux poursuites de la Justice. — Il est donc essentiel qu'on sache, et on ne sçaurait trop le redire pour détruire le préjugé où il est,

MALADIES DES VOIES URINAIRES

Traitement des rétrécissements de l'urèthre.

(Discussion à la Société de Chirurgie.)

Le traitement des rétrécissements de l'urèthre a occupé tout dernièrement plusieurs séances de la Société de Chirurgie. Quoique nous n'ayons vu s'y produire aucune méthode nouvelle, nous croyons intéressant de résumer cette discussion parce qu'elle reflète les idées et la manière d'agir des chirurgiens qui font autorité.

C'est M. Le Dentu, qui a, le premier, communiqué le résultat d'une série d'opérations faites contre les rétrécissements ; le hasard a voulu qu'il ait pratiqué 26 fois la divulsion, 26 fois l'uréthrotomie interne et que chacune de ces opérations lui ait donné 2 morts. Aussi les met-il en parallèle sur un rang égal en leur assignant à chacune des indications spéciales.

M. Le Dentu emploie la divulsion contre les rétrécissements élastiques, les rétrécissements inextensibles, les rétrécissements inflammatoires accompagnés d'uréthrite, et dans les cas où existent des fistules urinaires avec induration du périnée. Certes, les résultats que M. Le Dentu a produits devant la Société sont encourageants, car on ne peut s'empêcher de reconnaître avec lui que dans les deux séries la mort est due non pas à l'opération, mais aux lésions rénales préexistantes. Toutefois, pendant tout le cours de la discussion, nous n'avons plus entendu d'autres voix s'élever en faveur de la divulsion qui semble aujourd'hui quelque peu abandonnée, et M. Le Dentu reconnaîtra, en terminant, qu'il est à peu près seul à la pratiquer ; cela tient sans doute au souvenir que lui ont laissé les beaux résultats obtenus par Voillemier, dont il a tenu à être le continuateur.

La méthode qui se rapproche le plus de la divulsion est celle qu'emploie M. Le Fort. On sait qu'elle consiste à introduire successivement, à la suite d'une bougie conductrice, 2 ou 3 cathéters métalliques de plus en plus volumineux et dont le plus gros correspond à un n° 21 ou 23. Cela fait, on laisse une sonde à demeure pendant deux jours. M. Le Fort a pour lui une série ininterrompue de succès, ou du moins il n'a pas eu de décès, car il a observé des hémorrhagies, des accès de fièvre, des arthrites, etc. M. Terrier est le seul chirurgien qui, à la Société de Chirurgie, ait dit s'être servi de ce procédé ; mais l'opération qu'il a ainsi pratiquée a été suivie de mort, aussi a-t-il ajouté aussitôt qu'il avait l'intention de ne plus l'employer jamais. MM. Trélat et Verneuil ont admis ce procédé avec certaines réserves.

Quant à l'uréthrotomie externe, elle est hors de cause, car c'est une opération d'exception, et personne n'a voulu en faire une méthode générale. Mais, tandis que les uns restreignent autant que possible son domaine et quoiqu'on ait rapporté des cas où des trajets fistuleux, avec induration très étendue du périnée, ont été guéris après la section interne, d'autres chirurgiens, MM. Verneuil et Horteloup entre autres, se sont montrés disposés à en étendre les indications. M. Verneuil la croit en effet moins dangereuse que l'uréthrotomie interne quand il existe des lésions vésicales et rénales.

Disons-le de suite, deux procédés semblent rallier aujourd'hui la grande majorité des chirurgiens ; c'est la dilatation progressive et l'uréthrotomie in-

---

que nos magistrats n'ont jamais songé à inquiéter celui qui porte des secours à un noyé. »

Le Secret Médical en 1758

« Un chirurgien appelé pour panser un blessé « soit d'épée ou d'armes à feu doit dans le jour en « faire sa déclaration au Procureur fiscal ou au Juge « de police, soit qu'il l'ait pansé chez le malade ou « dans une autre maison, ou même chez lui, par « les conséquences secrestes et particulières qui peu- « vent en résulter, et il ne peut pas le cacher ni le « dissimuler, à peine d'être déclaré complice. C'est « l'esprit des ordonnances et entr'autres ce qui leur « est enjoint par l'Edit de 1666, à peine contre les « chirurgiens qui y contreviendront de 200 livres « d'amende pour la première fois, d'interdiction « pendant un an en cas de récidive, et pour la troi- « sième fois de privation de la maîtrise. »

« Par sentence de Police du Châtelet de Paris du « 2 mars 1736, le Sr Dumont, chirurgien à Paris, « pour n'avoir pas déclaré au commissaire de Po- « lice d'avoir pansé Catherine Cochin, veuve, qu'une « charrette avait renversée et passé sur son corps, « desquelles blessures elle serait morte ; a été con- « damné pour cette seule fois seulement, par grâce « et sans tirer à conséquence à vingt livres d'amende « avec défenses de récidiver, sous les peines portées « par le dit Edit de 1666. Enjoint de déclarer au « commissaire du quartier les blessés qu'ils auront « pansé chez eux ou ailleurs dans l'instant qu'ils les « auront pansés, ou le plutot que faire se pourra, « même la qualité et les circonstances de leurs bles- « sures. »

Extraits par le Dr Boell, (de Baugé).

Le ministre de l'instruction publique vient de demander au corps professoral de l'Université de Vienne si, vu le grand nombre des étudiants qui fréquentent les cours de la Faculté de médecine de cette ville, il ne serait pas opportun de limiter le nombre des admissions auxdits cours.

terne. Seul, M. Desprès est partisan exclusif de la dilatation progressive qui lui a réussi dans tous les cas où il n'a pas eu à faire l'uréthrotomie externe : quant à la section interne, il la repousse absolument, de même, d'ailleurs, que la divulsion et la dilatation rapide. M. Desprès a eu sans doute affaire à une longue série de rétrécissements souples, car, qui ne sait que la dilatation, après avoir été possible pendant un certain temps, est trop souvent arrêtée tout à coup, malgré des tentatives prolongées pendant des semaines et des mois ?

La plupart des autres chirurgiens se sont au contraire efforcés de faire la part de ce qui revenait à l'une et à l'autre des méthodes et d'en préciser les indications. M. Tillaux insiste sur le danger d'une doctrine exclusive ; pour lui comme pour beaucoup d'autres, c'est par la dilatation lente qu'on devra commencer ; on devra la pousser assez loin si aucun accident ne se manifeste, ni fièvre urineuse, ni cystite, ni néphrite ; dans ces cas elle doit être suspendue et remplacée par une méthode plus rapide. M. Lucas-Championnière l'emploie tout d'abord et la poursuit pendant longtemps. M. Trélat fait de même, il varie les procédés de dilatation et à ce propos il déclare qu'il n'a aucune raison pour repousser le procédé de M. Le Fort, mais à condition de lui assigner le rang qu'il occupe réellement dans la thérapeutique, c'est-à-dire de le mettre en parallèle avec les autres procédés de dilatation, sans vouloir le comparer à l'uréthrotomie ou à la divulsion. Insistons encore ici avec M. Kirmisson sur une des contre-indications de la dilatation, qui est l'existence d'inflammations viscérales ; ce chirurgien a rapporté des cas heureux d'uréthrotomie pratiqués dans ces conditions. De ces communications, il résulte pour nous que la dilatation a une extrême importance parce qu'elle constitue le traitement par excellence des rétrécissements ; nous verrons que l'uréthrotomie interne n'est en somme qu'une étape, qu'un temps dans ce mode de traitement.

C'est en effet l'uréthrotomie interne qui a été acceptée par la majorité lorsqu'il est indiqué d'agir vite ; de même l'instrument de Maisonneuve semble être celui dont on se sert le plus généralement. Toutefois M. Horteloup a donné dans une des séances la description d'un uréthrotome qu'il a inventé, instrument ingénieux, mais un peu compliqué et dispendieux, dont nous ne pouvons donner la description ; M. Horteloup estime que l'instrument de Maisonneuve manque de précision, et il s'est proposé d'y porter remède. Cette précaution peut paraître inutile si on veut étudier plusieurs pièces pathologiques, plusieurs entre autres qui appartiennent à l'hôpital Necker ; on y verra que la lame de Maisonneuve incise le rétrécissement et rien que le rétrécissement. C'est donc véritablement une pièce ajoutée à un canal trop étroit. En réponse à une assertion contraire de M. Le Fort, M. Sée a rappelé à ce sujet des expériences qu'il a faites sur des chiens où l'on voit nettement que la circonférence du canal est agrandie d'une façon durable avec des procédés analogues à ceux qu'on emploie chez l'homme.

Après l'incision faut-il mettre ou ne pas mettre de sonde à demeure ? M. Horteloup, M. Sée, n'en mettent jamais, accusant cette sonde d'être insuffisante et prétendant que l'urine passant entre les parois de la sonde et l'urèthre, pénètre plus facilement dans les tissus sous-muqueux. A ce propos, M. Kirmisson a justement fait remarquer que d'abord une sonde placée dans de bonnes conditions fonctionne ordinairement bien ; mais, comme il est possible que l'urine passe en dehors de la sonde, il est indispensable de choisir celle-ci d'un calibre assez petit pour que l'urine puisse s'écouler facilement entre ces parois et le canal et ne soit pas chassée et comme injectée dans les mailles du tissu sous-muqueux. Cette question en appelait une autre, celle de l'antisepsie ; là encore l'accord a été à peu près complet. M. Polaillon pose en principe que l'opération est ou n'est pas grave, suivant que l'on prend ou qu'on néglige les précautions antiseptiques. M. Humbert pense de même qu'avec une bonne antisepsie pendant et après l'opération la question de la sonde à demeure est secondaire et qu'on peut s'en passer sans danger. M. Terrier est aussi de cet avis, et il énumère les précautions minutieuses qu'il prend pour le lavage, le graissage des instruments. Il a, de plus, coutume d'administrer à ses malades du biborate de soude plusieurs jours avant l'opération ; l'urine est ainsi rendue aseptique.

On le voit, à part 2 ou 3 exceptions, les chirurgiens qui ont pris part à la discussion sont au fond d'avis peu différents, aussi la discussion allait être close, quand, à la dernière séance, M. Guyon fit sur ce sujet une communication des plus importantes. Nos lecteurs connaissent la pratique de notre éminent maître et nous n'avons qu'à rappeler les traits principaux de sa communication. Pour lui c'est la dilatation qui constitue la méthode générale de traitement des rétrécissements et l'uréthrotomie interne qui doit être réservée aux cas graves et complexes, ne peut se passer elle-même de la dilatation. Il pense qu'elle est supérieure à la divulsion, car elle est applicable à tous les cas, et cette dernière échoue devant des rétrécissements très résistants, elle expose à des déchirures multiples. L'uréthrotomie interne est au contraire une opération presqu'exempte de danger, à condition qu'on emploie une lame étroite (n° 21 ou 23 Charrière) et que la sonde qu'on mettra à demeure soit elle-même d'un faible calibre (n° 15 à 16). La dilatation consécutive ne perd rien à l'emploi de ces instruments de faibles dimensions et, commencée 12 à 15 jours après la section, elle permet d'employer rapidement des bougies assez volumineuses (22-24 Charrière). M. Guyon expose ensuite les résultats de sa pratique. A l'hôpital Necker, 459 uréthrotomies ont été notées, sur lesquelles on trouve 20 morts ; mais une analyse un peu attentive montre que la plupart d'entre elles sont le fait de lésions viscérales, surtout de lésions rénales préexistantes, et que 5 seulement sont dues à l'opération elle-même ; la mortalité serait donc de 1 1/2 0/0. Mais ce chiffre est loin de représenter la vérité, car la totalité des uréthrotomies pratiquées par M. Guyon s'élève

approximativement à 1,000 sur lesquelles l'opération n'a amené que 6 fois la mort. La proportion tombe donc ainsi à un peu plus de 1/2 0/0.

Nous tenons à mettre ce chiffre en évidence : car il fait voir toute la bénignité de l'uréthrotomie pratiquée avec des précautions suffisantes ; nous avons voulu ainsi faire voir que, malgré certaines dissidences, l'accord existe parmi les membres de la Société de chirurgie et que la dilatation progressive d'abord, l'uréthrotomie quand celle-ci n'est pas possible, tendent à chaque jour à s'imposer comme méthodes générales dans le traitement des rétrécissements de l'urèthre.

Dr E. Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

A propos du projet de loi sur la pharmacie

Saint-Astier, le 6 août 1888.

Très cher et très honoré confrère,

Je vous écrivais le 26 juillet dernier pour combattre le « texte arrêté par la commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie. » Je viens vous prier aujourd'hui de vouloir bien le faire suivre des réflexions suivantes :

On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps d'améliorer le sort des médecins par le développement de l'Association médicale et des syndicats médicaux ; or, la première ne prévoit que leur misère ; les syndicats qui auraient surtout l'avantage de rapprocher les médecins et de créer entre eux une sorte de solidarité analogue à celle qui existe dans l'armée, n'ont pas une existence légale en ce qui touche notre profession et ne pourront jamais au reste relever la profession, au point de vue du bien-être matériel dans la proportion que l'on en a attendue (1). Il ne reste donc qu'à choisir entre les trois solutions que j'ai indiquées dans ma précédente communication ; mais que nos confrères députés le sachent bien, nous préférons de beaucoup le *statu quo*, en ce qui concerne la pharmacie, que de voir augmenter encore les privilèges d'une profession qui tient absolument le médecin de campagne comme le médecin de petite ville dans sa dépendance.

Ce que j'avance, je le prouve ; le pharmacien peut favoriser tel médecin qu'il lui plaît, suivant qu'il lui paraîtra prescrire davantage que son confrère ; il n'a pour cela, sans même dire du mal d'aucun (ce qui doit arriver quelquefois) qu'à vanter l'un et ne rien dire de l'autre.

Si le texte arrêté par la commission était voté par la Chambre, il arriverait fatalement ceci : que la vie ne serait plus possible pour le médecin communal et qu'on aurait augmenté la puissance du pharmacien pour tomber, comme toujours, sur le médecin.

Avec ce nouveau projet de loi on empêchera tous les pharmaciens de 2me classe d'arriver dans certains départements. Alors nous n'en aurons plus que dans les villes où il est utile qu'ils soient et il ne faut donc pas augmenter leur puissance en leur permettant de rayonner à 5 kilomètres, car avec ce système on tue non seulement le médecin, mais le malade ! Quel est, en effet, le médecin de campagne auquel il n'est pas arrivé de voir son client souffrir pendant de longues heures, ou même succomber, faute d'avoir sur lui le médicament nécessaire. (J'ai vu mourir des malades d'hémorrhagie *post partum* faute d'un peu de seigle ergoté et d'autres se tordre de douleur par manque de morphine pour soulager un accès de coliques hépatiques ou néphrétiques) ; si, dorénavant, il faut faire 10 kilomètres, 5 à l'aller et 5 au retour, pour avoir les médicaments, la loi nous promet de funèbres surprises ; pour moi, elle me paraît être une prime à la mortalité.

Pour toutes ces raisons, nous comptons sur les médecins-députés pour faire échouer un pareil projet de loi.

Veuillez agréer, etc.

Dr Boisseul.

Ce sujet a été traité sous toutes ses faces, dans les collections du *Concours*, nous avons indiqué tous les arguments qui obligeront, sans aucun doute, les législateurs à maintenir le droit du médecin, résidant dans une commune dépourvue d'officine, à délivrer des médicaments à ceux de ses clients qui ont leur domicile dans une commune privée de pharmacie, *quelle que soit la distance*, ne serait-elle que de cinq cents mètres.

Nous avons exposé également les raisons qui militent en faveur du droit à attribuer à tout médecin *de délivrer les médicaments d'urgence sans rétribution.* Nous ajoutons : *sans rétribution*, pour suivre l'exemple des pharmaciens qui prétendent faire de la médecine par humanité !

N. D. L. R.

Nous reproduisons avec plaisir l'article suivant, publié dans le *Lyon Médical*, par le Dr Laure. Notre collègue expose avec compétence la grave question du recrutement des médecins de la marine. Nous partageons à peu près toutes ses appréciations, et nous reviendrons s'il y a lieu, sur cette intéressante question.

Le nouveau décret de réorganisation du service de santé de la marine.

Depuis longtemps déjà, la réorganisation du corps de santé de la marine s'imposait comme une réforme urgente, dont les démissions chaque jour de plus en plus nombreuses attestaient l'impérieuse nécessité. Fatigués des longueurs administratives, quelques impatients prennent le parti de confier leurs intérêts à un député de Cherbourg ; c'est alors que paraît inopinément à l'*Officiel* le décret du 24 juin. On devine aisément que l'amiral Aube, avisé en temps opportun, avait eu à cœur de prévenir l'initiative parlementaire. Le nouveau décret, qui se ressent un peu de cette précipitation, répond-il pleinement aux *desiderata* si souvent exprimés ? C'est ce que nous allons examiner en nous plaçant surtout au point de vue du recrutement des médecins de la marine.

Les vœux les plus généralement formulés peuvent se résumer ainsi :

1° Recrutement du corps de santé de la marine parmi les jeunes médecins civils déjà pourvus du titre de docteur ;

(1) Notre honorable correspondant est pessimiste. Il ne nous dit pas s'il fait partie d'un syndicat ! s'il a tenté d'en former un ! connaît-il au moins tout le bien qu'ont fait les syndicats ?

2° Suppression des écoles de médecine navale ;
3° Suppression des concours comme moyen de parvenir aux grades inférieurs ;
4° Avancement donné, comme dans les autres corps de la marine, au choix et à l'ancienneté ;
5° Facilités de temps plus largement accordées aux médecins de la marine (ancien régime), pour se pourvoir, à bref délai, du titre de docteur.

D'une façon générale le nouveau régime a été favorablement accueilli et considéré comme répondant à la plupart de ces exigences. De toutes les réformes accomplies, la plus heureuse et la plus humaine est certainement la garantie du doctorat, imposée à des jeunes gens dont la part de responsabilité pouvait devenir, à un moment donné, disproportionnée à leur instruction. Tel de nos confrères, après cinquante-quatre ans, se rappelle encore aujourd'hui avec terreur sa nomination de chirurgien-major à bord d'un navire isolé en rade de Rio-de-Janeiro... Ce périlleux honneur, lui fut accordé à l'âge de 21 ans.

Il est fâcheux que l'auteur du projet, engagé dans une aussi bonne voie, n'ait pas été aussi bien inspiré en ce qui concerne l'importante question du recrutement. D'après le décret du 24 juin, les jeunes docteurs appelés à faire partie du service de santé de la marine ne sont pas pourvus d'un grade, dès leur entrée au corps, mais astreints à un stage de deux ans au minimum, en qualité de médecins auxiliaires de deuxième classe. Cette fonction ne leur confère aucun des droits attachés au grade, qui est leur propriété ; ils peuvent être licenciés par le ministre pour inconduite et défaut d'aptitude au service de la marine (art. 6). On est en droit de se demander : quelle sera la durée maximum du stage dont le minimum a été fixé à deux ans, quelle garantie est offerte au médecin auxiliaire contre l'éventualité d'un licenciement administratif, après plusieurs années de séjour à la mer et aux colonies, et enfin, ce qu'il faut entendre par « ce défaut d'aptitude au service de la marine » capable d'entraîner la radiation ?

Tels sont les points sur lesquels il est essentiel de rassurer les intéressés ; dans tous les cas, on ne trouve pas dans cette situation précaire faite au débutant la juste compensation des nouvelles exigences de l'admission et encore moins une de ces garanties sérieuses d'avenir, capables de décider du choix d'une carrière.

Examinons maintenant les chances d'avancement : Le cadre de deuxième classe est fixé au nombre de 280, et le total des promotions annuelles aux grades supérieurs approximativement évalué au chiffre de 30 ; on peut donc se convaincre, par un simple calcul, qu'un docteur en médecine ne pourra guère espérer la position équivalente au grade de capitaine avant douze ans de service. Et encore, faudra-t-il être favorisé par les circonstances et avoir échappé aux risques d'un licenciement éventuel. Or, le doctorat ne s'obtient pas ordinairement avant l'âge de 25 ans ; c'est donc à 37 ans que les nouveau venus parviendront à la première classe. Des conditions d'avancement si défavorables placent les médecins dans une infériorité notoire vis-à-vis des autres officiers de la marine. Ne pouvait-on rien de plus en faveur de ceux dont on exige tant de garanties de dévoûment ? Quant à ce qui concerne les médecins actuels qui ne sont pas encore pourvus du titre de docteur, hâtons-nous de reconnaître que le nouveau décret apporte de justes avantages aux médecins de deuxième classe, anciens de grades, et sacrifiés dans l'ancienne organisation. Il n'en est malheureusement pas de même des médecins de deuxième classe encore au début de leur carrière, et tout aussi intéressante est la situation faite aux aides-médecins (ancien régime) et aux étudiants des écoles navales. L'article 44 accorde aux médecins de deuxième classe actuels un congé de six mois, pendant lesquels ils auront à se pourvoir du titre de docteur en médecine. Ceux qui, à l'expiration de ce congé, ne pourront pas justifier de la possession de ce diplôme seront soumis aux règles générales d'embarquement.

Or, le plus grand nombre des médecins visés par cet article n'ayant encore subi aucun examen de doctorat, la plupart seront tenus de passer huit examens et une thèse dans l'espace de six mois.

Ce délai, à la rigueur suffisant, devient dérisoire dans le cas particulier où le débarquement d'un médecin correspond à la fin de l'année scolaire et aux vacances des Facultés. Pour éviter un nouvel embarquement, le candidat se voit dans l'obligation d'accepter le congé réglementaire réduit par le fait à trois mois, et nous ne faisons intervenir ici ni les chances d'un ajournement, ni les obstacles imprévus, tels que la maladie, les affaires de famille, etc.

La situation des aides-médecins (ancien régime) est à peu près identique ; il est accordé à la promotion de 1885 deux ans de délai, à dater du 24 juin 1886, et un an seulement aux promotions antérieures (art. 42).

Il n'est fait mention d'aucun congé délivré aux candidats qui, sans être embarqués, seront néanmoins tenus de rester au port. Tandis que la promotion de 1885 est favorisée par la nouvelle loi, les promotions antérieures, et surtout celle de 1884, nous paraissent singulièrement sacrifiées. Prenons, par exemple, les aides-médecins promus en 1884, leur période de débarquement a généralement pris fin cette année, plusieurs débarquent à peine, d'autres sont encore à la mer. Ces jeunes officiers, entrés en campagne aussitôt promus, n'ont en réalité que deux ans d'étude dans une école navale. Le décret qui leur accorde un an pour se munir du doctorat paraît un mois avant la fermeture des Facultés; il leur reste donc huit mois pour achever leurs études médicales. L'insuffisance de ce délai est notoire, nous pouvons l'affirmer en connaissance de cause. Néanmoins, les aides-médecins qui, le 1er juin 1887, ne justifieront pas de l'obtention du diplôme prendront rang sur une liste spéciale d'embarquement. A quelle époque ces déshérités pourront-ils reprendre le cours de leurs études ? Quant aux étudiants des écoles navales, le décret reste muet à leur égard. Plusieurs d'entre eux ont contracté un engagement dans l'infanterie de marine, sous la sauvegarde de l'ancienne organisation ; tous ont déjà rendu des services à la marine. Va-t-on renvoyer purement et simplement les uns et incorporer les autres dans les régiments d'infanterie de marine ?

Tel est l'exposé sommaire des principales critiques que nous a inspirées la lecture du nouveau décret, envisagé surtout au point de vue du recrutement, question vitale auprès de laquelle toutes les autres doivent rester secondaires. On nous permettra d'y joindre quelques propositions répondant aux « desiderata » exprimés plus haut et indiquant le sens dans lequel nous aimerions voir se compléter un projet dont l'ensemble, malgré ses lacunes, n'en réalise pas moins sur le passé un incontestable progrès.

Il serait plus équitable, selon nous, d'admettre

les jeunes docteurs dans le cadre de la marine, au titre de « médecins titulaires de deuxième classe » après un stage d'un an dans une école d'application spéciale, à créer dans un de nos grands ports militaires. Classés par le concours au sortir de l'école, ils prendraient rang à la suite des officiers de leur grade.

Le concours pour tous les grades présente certainement de graves inconvénients, surtout pour les grades inférieurs; néanmoins la réforme actuelle nous paraît trop radicale.

Si l'on tient à maintenir le niveau scientifique du corps de santé de la marine à la hauteur des brillantes traditions du passé, en lui conservant son ancienne autonomie, il est indispensable de rétablir le concours au moins pour le grade de principal. Il serait facile de concilier tous les intérêts en réservant la moitié des places de chaque promotion au choix et à l'ancienneté.

Le concours est encore le moyen le plus sûr et le plus équitable de recruter le corps enseignant, et il serait à regretter que les fonctions de professeur devinssent transitoires. On parle quelquefois avec une certaine amertume de cette classe de privilégiés qui ne prennent jamais la mer. Ce n'est certes point un privilège arbitraire qu'une situation péniblement acquise, et, d'ailleurs, accessible à tous par le travail, mais la juste récompense du mérite. Une pareille réforme nous paraît absolument incompatible avec les exigences de l'enseignement.

On devrait également se préoccuper d'assimiler le plus possible les chances d'avancement à ce qu'elles sont dans les autres corps d'officiers. La suppression de plusieurs écoles nous fait, d'ailleurs, espérer une augmentation des cadres suffisamment justifiée par les économies réalisées de ce chef.

Quant aux dispositions transitoires, nous avons suffisamment démontré la nécessité de porter à un an le congé de doctorat des médecins de deuxième classe, à deux ans celui des aides-médecins, en diminuant, au besoin, la durée du délai proportionnellement au nombre des examens déjà obtenus.

Il serait également facile d'accorder aux étudiants une période de quatre ans pour mettre leur situation en règle, avec la dispense du service militaire, à la condition de signer un engagement de cinq ans dans le corps de santé de la marine.

Nous bornerons, pour aujourd'hui, à ces quelques réflexions, cette étude critique déjà si longue, bien que très incomplète.

L'auteur de la nouvelle réorganisation s'est prudemment réservé le droit d'y remettre la main à brève échéance; puisse l'amiral Aube saisir cette excellente occasion de perfectionner son œuvre et satisfaire ainsi les légitimes revendications d'un corps d'élite qui s'honore du nom des Crevaux, des Bayol, des Ballay, sans parler des vaillants serviteurs qui, plus strictement renfermés dans la sphère de leurs attributions, n'en apportent pas moins le même dévoûment à l'accomplissement d'une tâche plus modeste, et paient, chaque année un si lourd tribut au climat meurtrier de nos colonies !

P. LAURE,

Agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Le secret professionnel et les certificats de décès réclamés par les Compagnies d'assurances sur la vie (1)

Par le Dr BARAT-DULAURIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

MESSIEURS ET CHERS COLLÈGUES,

I

Parmi les œuvres hippocratiques, un des passages les plus fréquemment cités ou reproduits est assurément celui qui est désigné sous ce titre : « Le serment ». On trouve le résumé succinct et complet des règles de conduite que le médecin doit observer dans l'exercice de sa profession et pendant tout le cours de sa vie ; c'est un véritable traité de déontologie légué par les Asclépiades à la postérité. Et, telle est la haute valeur morale de cette œuvre, que la Faculté de Médecine de Montpellier a cru devoir la faire figurer au frontispice des thèses admises à être soutenues devant elle, la proposant ainsi au récipiendaire comme un guide précieux dans les circonstances difficiles avec lesquelles la pratique de la vie le mettrait souvent aux prises.

Un des passages du « Serment » est ainsi conçu : « Ce que, dans l'exercice ou en dehors de l'exercice et dans le commerce de la vie, j'aurai vu ou entendu qu'il ne faille pas répandre, je le tiendrai en tout pour un secret (2) ».

Dès la plus haute antiquité, la discrétion la plus absolue était donc considérée, pour le médecin, comme un devoir étroit.

Et cela se comprend.

Pour accomplir sa mission et procurer du soulagement à ceux qui l'appellent, il faut qu'aucune particularité ne puisse lui échapper. Les circonstances les plus intimes doivent souvent lui être révélées ; il y puisera fréquemment des indications précieuses qui le guideront dans le choix des moyens à mettre en œuvre pour calmer les maux de ceux qui se confient à ses soins. La nature même de sa profession fait de lui le dépositaire, pour ainsi dire forcé, des secrets les plus cachés des familles.

Pourquoi, en effet, hésite-t-on si peu à étaler devant lui toutes les misères physiques et même morales, sinon parce que l'on sait d'avance que, quoi qu'il arrive, rien ne sera divulgué de ce que le médecin aura appris ? Le public est tellement habitué à cette absolue discrétion que l'on songe à peine à nous demander le secret, même dans les circonstances les plus graves. Et c'est avec raison que, dans un article publié récemment, mon ancien condisciple, M. le professeur Brouardel, a pu écrire ce qui suit : « Le malade ne vous choisit pas à cause de vos qualités morales, mises par lui à l'épreuve dans un commerce antérieur ; il franchit le seuil de

1. Travail lu au Syndicat départemental girondin, dans la séance du 29 juillet 1886.

2. Traduction Egger. Dechambre. *Le Médecin*, p. 19.

votre cabinet parce qu'il sait que, quel que soit l'homme qu'il trouvera, il est, par la loi et la tradition, condamné au silence (1). »

Les préceptes formulés par Hippocrate sont restés longtemps dans le domaine de la loi morale pure et, comme tels, soumis à l'interprétation de la conscience de chacun. Mais, il est juste de le reconnaître, malgré la diversité des appréciations individuelles, la discrétion traditionnelle des médecins ne s'est que bien rarement démentie et a valu au Corps médical, à travers les siècles, une large part de cette considération dont il n'a cessé de jouir.

Dans notre société moderne, le législateur consacrant les traditions séculaires, a fait au médecin une obligation du secret. Le précepte est devenu loi et l'article 378 de notre code pénal régit la matière en cette circonstance.

Il est ainsi conçu :

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de » santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes, dépositaires par » état ou profession des secrets qu'on leur confie, » qui, hors le cas où la loi les oblige à se porter dé» nonciateurs, auront révélé ces secrets, seront pu» nis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et » d'une amende de cent francs à cinq cents francs. »

Si cet article nous fait une obligation légale de garder inviolables les secrets qui nous sont confiés, nous devons aussi reconnaître qu'il nous est d'un puissant secours pour éloigner de nous les obsessions des importuns ou des indiscrets qui, sous un prétexte quelconque, compteraient, par notre intermédiaire, arriver à savoir ce que les familles peuvent avoir intérêt à cacher au public.

L'article 378 du code pénal est donc pour nous une menace en même temps qu'une sauvegarde et une protection.

Mais, de même que le casuiste le plus consommé ne saurait énumérer tous les cas de conscience, de même le législateur, en rédigeant nos textes de lois, n'a pu prévoir toutes les circonstances, variées à l'infini, dans lesquelles l'application d'un article du code pourrait être faite. De là, l'inéluctable nécessité des interprétations qui, pour être déduites de principes généraux universellement admis, n'en gardent pas moins les traces profondes des tendances et de la tournure d'esprit de chacun. Il semblerait donc que nos magistrats et nos jurisconsultes donnassent, chaque jour, un démenti à l'axiome populaire qui veut que la langue française soit la plus claire de toutes les langues. Il n'en est rien ; il faut, pour être juste, tenir compte de la multiplicité et de l'innombrable variété des faits qui sont comparables entre eux, sans doute, mais qui ne se présentent jamais dans des conditions identiques. En ce qui nous touche plus particulièrement, il faut aussi se souvenir que les conditions nouvelles dans lesquelles nous nous trouvons, par suite du développement normal et incessant de nos connaissances scientifiques, comme par l'extension que prennent, chaque jour, des institutions jusqu'alors inconnues ou la transformation des conditions sociales au milieu desquelles nous vivons ; il faut se souvenir, dis-je, que toutes ces circonstances ont pu donner naissance à des conflits auxquels on ne pouvait songer au moment où le code pénal a été élaboré.

1 *Annales d'Hygiène et de Médecine légale*, mai, juin, juillet 1886.

Vous n'attendez pas de moi, mes chers Confrères, que j'étudie, en ce moment, toutes les particularités qui peuvent se présenter, dans lesquelles l'article 378 trouverait son application. Je veux aujourd'hui me borner, à l'occasion d'un fait particulier, à vous entretenir du secret professionnel dans ses rapports avec les certificats de décès réclamés par les Compagnies d'assurances sur la vie.

Voici le fait dont il s'agit :

Un boulanger du Havre s'était assuré à la Compagnie « *Le Monde* » pour une somme de dix mille francs, qui devait être comptée, après son décès, à sa femme ou, à son défaut, aux héritiers directs laissés par l'assuré au moment de sa mort.

N... meurt en octobre dernier, quelques jours après sa femme, laissant pour héritières trois filles mineures. Le tuteur de ces jeunes filles réclame à la Compagnie « *Le Monde* » les dix mille francs, stipulés au contrat d'assurance. Mais la Compagnie refuse de s'exécuter avant que le tuteur des jeunes N... ait fourni un certificat de médecin constatant le genre et la durée de la maladie, s'appuyant, pour soutenir ses prétentions, sur l'article 19 de ses conditions générales ainsi conçu :

« Art. 19. — Les sommes dues par la Compa» gnie sont payées à son siège social, dans les tren» te jours de la remise de la police et des pièces jus» tificatives dûment légalisées, lesquelles devront » comprendre notamment les actes de naissance et » de décès de l'assuré, *le certificat du médecin consta» tant le genre et la durée de la maladie ou l'acci» dent qui a causé la mort*, etc. »

Des démarches furent faites par le tuteur des demoiselles N... près du *médecin qui avait soigné leur père pendant sa dernière maladie*. Notre confrère refusa énergiquement de délivrer la pièce requise et, comme conséquence de son refus, il recevait, le 2 juin dernier, au nom du tuteur, une assignation où nous relevons les motifs suivants :

« Attendu que, sans approuver en aucune manière le bien fondé des exigences de la Compagnie, le requérant pense *qu'il est utile à ses intérêts* de faire toutes les diligences nécessaires pour obtenir le certificat du médecin *qu'il n'a aucun intérêt à refuser* ;

» Attendu, qu'en s'obstinant à refuser ce certificat, le Dr B... cause un grand préjudice aux héritières N... et qu'il y a lieu, au cas où par impossible le tribunal n'admettrait pas cette réclamation de M. T... (le tuteur) vis-à-vis du « *Monde* » *de contraindre M. le Dr B. à fournir le certificat* sus-indiqué et, à défaut, à payer au requérant la somme de dix mille francs, montant de l'assurance ;

» Qu'en tous les cas, il est passible de dommages-intérêts qui ne sauraient être évalués à moins de trois mille francs ;

» Par ces motifs,

» Voir dire et juger que M. le Dr B... devra, dans les vingt-quatre heures du jugement à intervenir, *fournir au requérant un certificat constatant le décès de M. N..., le genre et la durée de la maladie*, et ce, sous une contrainte de dix mille francs, acquise en cas d'inexécution constatée par une mise en demeure ;

» S'entendre condamner, en tout cas, à trois mille francs de dommages-intérêts et, en outre, aux dépens. »

Je n'ai pas l'intention de prendre un à un les *attendu* de cette citation, ni de vous arrêter aux détails d'une discussion pied à pied de chacun des termes qui la composent. Ce serait l'œuvre d'un juriste et je n'ai pas la prétention d'empiéter sur les attributions de notre Conseil judiciaire. Je veux me maintenir sur le terrain des principes généraux.

« Certains engagements se forment, dit l'article 1370 du code civil, sans qu'il intervienne aucune convention, ni de la part de celui qui s'oblige ni de la part de celui qui est obligé...» C'est ainsi qu'en nous appelant à lui donner des soins le client contracte l'obligation tacite de nous rémunérer dans de justes proportions. Il n'est pas besoin de stipuler que nos visites seront payées un chiffre convenu ; le client sait pertinemment que, sans avoir jamais donné aucune preuve de grande tendresse à l'égard du Corps médical, les juges, en cas de contestation, l'obligeraient à rémunérer son médecin en tenant compte d'un certain nombre de circonstances que nous n'avons pas à examiner ici.

Mais, de notre côté, en nous rendant près d'un malade qui nous a fait appeler et en acceptant de lui donner des soins, nous contractons aussi des devoirs. Nous sommes libres — cela ne saurait faire aucun doute — de l'accepter comme client, mais du moment où nous avons commencé à lui donner des soins, nous avons des obligations à remplir. Nous devons lui prodiguer tous les secours de l'art, selon que son état l'exige ; et si, par notre négligence ou par notre faute, il survenait des accidents, nous savons que des poursuites pourraient justement être exercées contre nous, soit par le malade ou sa famille, soit même par le ministère public, dans un intérêt social supérieur aux intérêts particuliers. C'est, pour employer le langage juridique, un quasi-contrat qui intervient entre le médecin, d'une part, et le client, de l'autre.

Avons-nous aussi assumé l'obligation de délivrer au client ou à sa famille les certificats qu'il lui plairait de nous demander ? Pouvons-nous être astreints, en dehors des cas d'expertise, à fournir ces pièces et particulièrement *des certificats de décès constatant le genre et la durée de la maladie* ? Et, dans tous les cas, de semblables certificats ne constituent-ils pas des révélations de secret que la loi puisse atteindre ?

Sans doute, on pourrait prétendre que le médecin qui a accepté de donner des soins à un malade doit à celui-ci, non seulement les soins que son état exige et l'application des procédés admis universellement comme les meilleurs, mais encore tout ce qui, en dehors des soins, ne peut être fourni que par l'homme de l'art et par conséquent, les certificats dont il pourrait avoir besoin. Mais nous espérons arriver à vous démontrer que ce serait étendre singulièrement les obligations professionnelles et leur donner une portée qu'elles ne sauraient avoir.

L'article 1382 du code civil est ainsi conçu : « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Si la non-délivrance d'un certificat peut parfois paraître un fait de nature à causer un préjudice à celui qui le réclame, on ne saurait cependant prétendre qu'il y ait, de la part du médecin qui refuse, *faute* au sens juridique du mot.

« La *faute*, dit Mourlon dans ses *Répétitions écrites sur le code civil* (1), est tout ce qui blesse injustement le droit d'autrui ; elle peut donc consister dans une action ou dans une omission d'action. Puis il ajoute : « Il ne faut pas croire, toutefois, que tout *fait* qui porte préjudice à autrui soit une *faute*. La *faute* suppose que le fait commis était défendu, ou que le fait omis était commandé par la loi. »

De son côté, Marcadé (2) s'exprime en ces termes : « L'auteur du fait dommageable n'est tenu à réparation que quand ce fait est en même temps répréhensible, c'est-à-dire illicite et imputable », et un peu plus loin : « De même que je ne suis tenu pour ce que j'ai fait que lorsque je ne devais pas le faire, de même je ne réponds de ce je n'ai pas fait que quand je *devais le faire*...

Le fait négatif ne peut obliger que quand il est l'abstention d'*une chose ordonnée par la loi*. »

Or, existe-t-il un texte de loi qui m'ordonne de délivrer un certificat dans un but d'intérêt particulier ? Ne suis-je pas aussi libre de le refuser que je le suis, assurément, de couper la corde du pendu que je trouve au bord de mon chemin ou de passer outre ? Bien plus, nous verrons plus loin que la loi, ou du moins la jurisprudence, ne nous laisse pas même cette liberté dans le cas où nous serions tentés de nous rendre aux sollicitations de nos clients, car le secret médical, n'est pas, ainsi que le dit fort bien Hémar (3), une question d'intérêt privé. « Il touche à l'ordre public, car l'humanité exige que les malades, rassurés par la discrétion professionnelle, aient recours, sans crainte, à la science du médecin et ne préfèrent pas se priver de son assistance. Or, des révélations trop facilement obtenues ébranleraient cette confiance. La dignité de l'homme de l'art serait atteinte et l'on verrait s'évanouir, comme illusoire, cette garantie qui résulte du devoir constamment pratiqué. Le malade est mauvais juge d'ailleurs de la révélation qu'il provoque, il n'en connait pas d'avance toute la portée. »

(*A suivre.*)

NOUVELLES

Jeudi dernier, à la Chambre des communes, le président du *Local Government Board*, M. Ritchie, questionné par sir J. Lubbock, a annoncé, conformément à ce que nous avons déjà dit à ce sujet, que la commission d'enquête nommée pour se renseigner sur la valeur thérapeutique du traitement de la rage par la méthode Pasteur avait pleinement reconnu l'efficacité des inoculations antirabiques et qu'elle présenterait bientôt un rapport sur les faits venus à sa connaissance et sur les expériences qu'elle a elle-même pratiquées.

D'après le *Journal officiel*, les cinquante-cinq listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur s'élèvent ensemble à la somme de 1,379,700 fr. 24.

(1) Mourlon, 1869, t, II, p. 886.
(2) *Explication théorique et pratique du code civil*, t. V, p. 281 et suiv., 7e édit.
(3) « Annales d'Hygiène, 1869.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

Nous attirons rétrospectivement l'attention de nos confrères sur le dernier compte rendu du syndicat médical de Nantes, séance du 18 juin (*Concours médical* nº 35). Il y était dit que M. le ministre de l'instruction publique, recevant une délégation du syndicat, lui a adressé des paroles d'éloge et d'encouragement, et a promis son appui pour soutenir devant les chambres la proposition ayant pour objet d'étendre aux professions libérales le bénéfice de la loi sur les syndicats professionnels.

Ceux qui avaient crié à la mort ou tout au moins à l'impuissance des syndicats doivent donc se convaincre qu'ils ne font pas si triste figure. Nous sommes heureux de constater, au contraire, que les administrations leur font partout un gracieux accueil et tiennent compte de leurs avis. Nous aurons occasion d'y revenir. Aujourd'hui nous nous contenterons de prendre acte des promesses de M. le ministre de l'instruction publique et de ses bonnes dispositions à l'égard des syndicats médicaux.

Les cardiopathies artérielles (1).

M. Henri Huchard rappelle qu'il a cité au congrès de Grenoble des cas d'angine de poitrine vraie guéris par les iodures et dans lesquels les bruits de souffle révélateurs de lésions des orifices avaient aussi disparu. Il cite aujourd'hui quatre autres observations de guérison ou d'amélioration considérable de cardiopathies artérielles par la médication iodurée.

L'importance des maladies du cœur causées par la sclérose des artères est au moins aussi grande que celle des cardiopathies d'origine rhumatismale.

L'artério-sclérose est une maladie générale qui fait sentir son action sur le cœur aussi bien que sur le cerveau ou le rein, et qui est justiciable uniquement de la médication iodurée. Si l'angine de poitrine vraie guérit par les iodures, c'est qu'elle est elle-même sous la dépendance de l'artério-sclérose.

Un des caractères principaux des cardiopathies artérielles, c'est la brusquerie avec laquelle les malades qui en sont atteints entrent en asystolie, alors qu'on soupçonnait à peine chez eux ou que même on ignorait complètement l'existence d'une affection cardiaque : cela se voit chez des diabétiques, chez des goutteux, chez les femmes à l'époque de la ménopause. Les cardiopathies de la ménopause décrites par M. Clément (de Lyon), sont des cardiopathies artérielles survenant chez des femmes atteintes déjà d'artério-sclérose.

Le succès du traitement par les iodures dépend surtout de la durée pendant laquelle il est suivi ; il faut que les malades prennent chaque jour de 1 à 3 grammes d'iodure pendant 1 à 3 ans ; il convient de substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium ; car le premier de ces médicaments est aussi efficace que le second sans être toxique comme lui.

M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules) partage les idées de M. Huchard, et chez les sujets atteints de néphrite interstitielle avec hypertrophie du cœur, dégénérescence du myocarde et sclérose des artères, lorsqu'il existe en même temps de l'anasarque, au lieu d'employer la digitale et la scille qui sont dangereuses à manier et inefficaces, il prescrit l'iodure de sodium, l'arsenic et le régime lacté.

M. Bouchard rappelle que M. Potain a signalé les améliorations manifestes obtenues dans les lésions aortiques par la médication iodurée longtemps continuée. Il a constaté lui-même l'utilité des iodures

(1) Congrès de Nancy (suite).

dans les affections cardiaques d'origine scléreuse et même dans l'anévrysme de l'aorte.

Quant à la nécessité de substituer l'iodure de sodium à l'iodure de potassium, c'est un point sur lequel il insiste depuis longtemps dans son enseignement. Les sels de potasse sont 42 ou 44 fois plus toxiques que les sels de soude, et malheureusement, dans le traitement des affections rénales, la tradition a longtemps consacré l'emploi de plusieurs sels de potasse comme diurétiques et purgatifs, sel de Seignette, acétate de potasse, etc., etc... Or, dans ces affections où le rein ne laisse déjà plus passer que très incomplètement les sels de potasse d'origine alimentaire, l'appoint de potasse introduit par les médicaments suffit souvent pour faire éclater des convulsions, la potasse étant éminemment convulsivante.

Les changements de personnalité.

M. Burot (de Rochefort), qui, en collaboration avec M. *Bourru*, a ému l'année dernière le monde médical en signalant l'action des médicaments à distance chez un hystérique, fait connaître aujourd'hui la possibilité d'obtenir chez ce même malade plusieurs changements de personnalité par l'emploi de moyens physiques de la catégorie des agents esthésiogènes (application d'aimants). M. Burot rappelle le cas de Félida raconté par Azam (de Bordeaux); celle-ci avait une double personnalité, ayant deux périodes très distinctes dans sa vie et passant spontanément de l'une à l'autre. Le malade dont il parle aujourd'hui a au moins six personnalités, qu'on peut faire se succéder les unes aux autres par l'application d'aimants en différents points du corps. M. Burot a soin de distinguer les changements de personnalité qui sont réellement des périodes propres à la vie de l'individu et qu'il a bien réellement vécues, de ces changements d'état psychique produits par suggestion, qui sont plutôt de l'ordre des hallucinations, lorsqu'on fait croire, par exemple, à un hystérique hypnotisé qu'il est roi ou empereur.

L'hystérique de M. Burot était à Rochefort hémiplégique et insensible de la moitié droite du corps, lorsque, après l'application d'un aimant sur le bras paralysé, en même temps que la paralysie passait à gauche, il s'est cru à Bicêtre et d'un an plus jeune.

Après une nouvelle application d'aimant, il se réveille, se croyant âgé de 19 ans, à l'asile de Bourg, à une époque où la France est en guerre avec la Tunisie; c'est la seule chose dont il se souvienne à ce moment. Il a oublié toute sa vie antérieure et tout ce qui s'est passé depuis.

Un aimant ayant été appliqué sur la nuque, il est paralysé des deux jambes avec contracture en extension; il croit être à l'asile de Bonneval où il a été bien réellement autrefois; il ne sait plus lire ni écrire, il épèle seulement les lettres capitales, mais il se souvient de son ancien métier de tailleur.

On lui donne un bain électrique, toute paralysie cesse, le malade croit avoir 14 ans, il a la voix et l'attitude d'un enfant, il a oublié toute sa vie depuis cet âge.

On lui applique un fer doux à la cuisse; il est redevenu un jeune homme, il lit et écrit convenablement, sait très bien où il se trouve et se rappelle sa vie passée sauf quelques lacunes.

Le point particulier de ce cas, c'est que chaque modification apportée par des agents physiques à la distribution du mouvement et de la sensibilité entraîne un changement corrélatif de la mémoire, et inversement, lorqu'on le ramène par suggestion au souvenir d'une des époques de sa vie passée, il se réveille affecté de la paralysie particulière qui coïncidait avec ce moment de son existence.

Traitement de l'incontinence d'urine par la suggestion hypnotique.

M. Liébault a traité ainsi 77 enfants et des adultes; il a obtenu 23 guérisons en une ou deux séances et sans récidive; 23 autres guérisons définitives après un plus grand nombre de séances; 10 malades ont paru guéris par un plus long traitement, mais ont été perdus de vue; 3 n'ont été qu'améliorés; 4 ont été perdus de vue après une seule séance; 8 n'ont pas été modifiés.

En résumé, M. Liébault s'attribue 85 % de guérisons par son procédé. La plupart de ces incontinences dataient de la première enfance, quelques-unes étaient consécutives à des frayeurs ou à une maladie aiguë.

L'amaurose hystérique.

M. Bernheim croit que l'amaurose hystérique est purement psychique, c'est-à-dire que la rétine reçoit bien l'impression lumineuse, que le centre visuel perçoit bien cette impression, mais que, par suite d'une illusion négative, l'imagination de l'hystérique neutralise l'image perçue; c'est en somme une cécité sans localisation anatomique et du même ordre que l'hémi-anesthésie. L'achromatopsie hystérique est toute aussi psychique que l'amaurose.

La rage du loup.

M. Duménil (de Rouen), désireux de vérifier ce qu'a dit M. Pasteur relativement à la brièveté de l'incubation de la rage humaine après morsures de loup enragé et à la mortalité considérable de ces morsures, a recherché tous les cas authentiques dans lesquels on a signalé la durée de l'incubation et la proportion de la mortalité. Il en a réuni ainsi 342 cas. Voici ses conclusions : tandis que la rage par morsure de chien apparaît surtout du quarantième au cinquantième jour, c'est du vingtième au trentième qu'elle apparaît après la morsure du loup.

La mortalité est beaucoup plus considérable, elle atteint plus de 60 %.

M. Duménil examine ensuite les statistiques relatives au siège des morsures, à l'influence de la cautérisation et conclut que la méthode prophylactique de Pasteur, dont l'utilité contre la rage du chien est si évidente, a été très avantageuse même après les morsures de loup, puisqu'elle a fait tomber la mortalité de celles-ci à 15 %.

Traitement de la diphthérie par l'oxygénation.

MM. Pauly et Mondot (d'Oran) ont soumis les enfants atteints de diphthérie à un traitement dans lequel l'oxygénation du malade joue le principal rôle. Les moyens employés pour obtenir ce résultat consistent soit dans des mouvements spontanés et actifs du malade, soit en mouvements passifs, par exemple sa translation en voiture de son domicile sur différents points des environs en recherchant ceux où règnent de puissants courants atmosphériques.

Les auteurs de ce traitement ont été conduits à l'expérimenter après avoir remarqué que des malades longtemps maintenus dans des atmosphères antiseptiques, mais surchauffées, sans résultats avantageux, s'amélioraient rapidement lorsqu'on les transportait dans des pièces fraîches et bien aérées.

Les autres moyens accessoires du traitement sont l'emploi du sulfate de quinine donné deux ou trois fois par jour à la dose de 20 ou 30 centigrammes, des badigeonnages avec un collutoire au borax et à l'acide salicylique, une alimentation simple et modérée et, comme désinfectant du tube digestif, de l'eau sulfo-carbonée qui est facilement acceptée par les enfants dans le lait ou la limonade.

Il nous semble que, puisque MM. Pauly et Mondot attachent une importance si grande à l'oxygénation des malades, et ils ont raison sans doute, non-seulement il est bon de soumettre ceux-ci à la ventilation et à l'aération, mais qu'il serait indiqué de leur faire faire de fréquentes inhalations d'oxygène pur. D'ailleurs, c'est un moyen que nous avons déjà mis plusieurs fois en pratique et qui ne peut avoir certainement que des avantages, sans qu'on soit autorisé, malheureusement, à lui accorder aucune vertu spécifique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 7 septembre).

Responsabilité partielle des aliénés

Par le professeur *Benj. Ball.*

Ce travail est basé sur l'histoire d'Euphrasie Mercier, dont le procès retentissant est encore présent à la mémoire de tous.

Il résulte de l'ensemble des faits relevés pendant le procès, que le caractère de cette femme se présente sous deux aspects différents : d'une part le mysticisme, d'autre part l'esprit de suite, le bon sens, et les aptitudes commerciales ; on peut dire que cette femme a fait deux parts de son existence, l'une consacrée au rêve, l'autre à la réalité. En d'autres termes, elle est atteinte d'un délire parfaitement caractérisé, qui n'a cependant pas troublé son intelligence en ce qui touche à la vie pratique.

Il est impossible de trouver un fait où le problème de la responsabilité partielle des aliénés se pose avec plus de netteté.

Nous voyons en effet, d'une part, un crime commis avec un luxe de précautions savantes et une habileté remarquable ; d'autre part un état de folie héréditaire s'étendant à tous les membres d'une même famille, presque sans exception, et présentant les caractères les plus évidents du délire religieux.

Quelle conclusion tirer, au point de vue juridique, de ce bizarre assemblage, où la raison et l'insanité semblent marcher parallèlement, et se prêter en quelque sorte un mutuel appui ?

La cause des aliénés, devant les tribunaux, est plaidée et gagnée depuis longtemps, du moins en principe ; et ce n'est, à coup sûr, pas à nous qu'il appartient de remonter ce courant, qui répond en définitive à l'un des progrès les plus salutaires des temps modernes. Nous sommes loin de l'époque où un historien célèbre déclarait ouvertement qu'il n'y avait aucun inconvénient à faire périr sur l'échafaud un aliéné dangereux ; on joignait à cette époque le précepte à l'exemple, car le comte Ferrers, aliéné persécuté, fut pendu pour avoir tué d'un coup de pistolet son intendant, qu'il accusait de le voler.

La situation est aujourd'hui bien changée. Sans doute à toutes les époques, toutes les législations ont admis l'irresponsabilité de l'aliéné ; mais qui ne voit qu'en pratique, il s'agit surtout d'une question de mesure. Depuis longtemps, les efforts méritoires des aliénistes ont élargi notre domaine, sur le terrain judiciaire ; c'est au prix d'un travail continu, d'une lutte incessante, que les frontières de l'irresponsabilité ont été reculées, et que la protection des malades a fini par atteindre les limites naturelles. On peut quelquefois se demander si elle ne les a point dépassées.

Mais dans toutes les questions de cet ordre, la difficulté ne commence que dans le voisinage immédiat de la frontière. Un maniaque, un halluciné sont, de l'avis de tous, en dehors de la sphère des actions juridiques.

Au contraire, les aliénés, et ils sont nombreux, qui ont conservé une partie souvent considérable de leur fortune intellectuelle, sont gouvernés, dans une certaine mesure, par les mêmes sentiments, les mêmes instincts que les autres hommes ; et c'est pourquoi, dans une certaine mesure, on peut leur appliquer le droit commun.

Cette responsabilité partielle ne peut évidemment s'appliquer qu'aux sujets dont l'intelligence, entamée sur un point, conserve sur d'autres son intégrité ; et même en pareil cas, la responsabilité ne s'adresse qu'aux points en dehors de ce délire limité.

Un aliéné s'imagine que son corps est en verre; il est décidément fou, mais il assassine un homme auquel il avait de fortes raisons d'en vouloir en usant de ruse et d'astuce ; il a raisonné à la manière des criminels ordinaires ; il mérite de subir les conséquences de ses actes. C'est ainsi qu'en a décidé la jurisprudence anglaise.

Par contre, un persécuté devenu persécuteur, assassine le médecin dans le service duquel il est placé, parce qu'il l'a rangé au nombre de ceux qui conspirent contre lui. Cet homme est irresponsable, parce que le crime dont il s'est rendu coupable est directement en rapport avec le délire dont il est lui-même la première victime. Il était bien réellement en démence au moment de l'action, selon l'expression du Code pénal. C'est ainsi que les tribunaux ont jugé dans le cas si tristement célèbre du capitaine Eymès, malgré l'habileté infernale avec laquelle il avait pris ses mesures pour assassiner le docteur Marchant, de Toulouse.

Ce qui subsistait de l'intelligence de cet aliéné se trouvait mis au service de ses conceptions délirantes, et la volonté se trouvait dominée par cette force irrésistible, qui met toute liberté hors de cause.

Mais c'est à peine si l'on ose aujourd'hui revenir sur une question depuis si longtemps ouverte, et qui a suscité des montagnes de travaux : une question longuement discutée devant les Sociétés savantes par les hommes les plus compétents et profondément étudiée par les jurisconsultes les plus habiles.

Il me sera cependant permis, venant après de si hautes autorités, de faire ressortir deux points d'une grande importance.

En dehors de la criminalité, nul ne songe à contester la responsabilité morale de certains aliénés, surtout si la question est retournée, si je puis m'exprimer.

Des hommes du plus grand génie, des figures de la plus haute renommée ont présenté des signes non douteux d'aliénation mentale. En a-t-on jamais tiré parti pour diminuer leur mérite ou pour renier la dette de reconnaissance que nous avons contractée à leur égard ? Pour avoir traversé une période de folie, Newton n'en a pas moins fondé le système du monde ; pour avoir été séquestré momentanément dans une maison de santé, Auguste Comte n'en est pas moins un des plus grands philosophes qui aient jamais existé. Pour avoir été profondément halluciné, Luther n'en a pas moins opéré l'une des révolutions les plus gigantesques des temps modernes. Les visions de Jeanne d'Arc ont-elles empêché l'histoire impartiale de rendre justice à la noblesse de ses sentiments, à l'élévation de son patriotisme et à la grandeur de sa foi ?

Si donc les aliénés peuvent mériter, comment peut-on soutenir qu'ils sont incapables de démériter ; et que ni le blâme ni le châtiment ne doivent jamais les atteindre ? La première de ces deux propositions entraîne logiquement la négation de la seconde.

Il n'y a donc aucune absurdité, comme on l'a prétendu, à reconnaître qu'il existe des aliénés criminels, malgré les critiques adressées à cette expression parfaitement exacte et légitime.

Mais il est un autre point de vue qui ne saurait, je crois, être écarté du débat. Sans vouloir saper en aucune façon les bases traditionnelles du droit, il est permis de constater qu'un travail immense s'est opéré dans les esprits, et que l'axe du monde moral s'est sensiblement déplacé.

A l'antique idée de la responsabilité est venue se substituer la notion plus moderne et plus physiologique des prédispositions individuelles. Si l'on ne songe pas à déclarer, avec un aliéniste célèbre, que tous les criminels sont des aliénés, du moins nous voyons se dessiner une tendance de plus en plus accentuée à les considérer comme une race d'hommes à part.

Les grands saints, les grands héros et les grands criminels, disait à Londres le professeur Benedickt en 1881, sont des êtres en dehors de la règle ; ils constituent une véritable anomalie dans l'espèce humaine.

Une Société d'anthropologie criminelle s'est récemment fondée ; elle a déjà tenu ses premières assises. Sans vouloir nous prononcer sur la légitimité de l'idée maîtresse qui lui sert de base, nous constatons qu'elle marque une étape dans l'évolution progressive qui nous entraîne rapidement vers des conceptions nouvelles, vers des rivages encore inconnus.

Quittons donc pour un instant le domaine du droit abstrait et plaçons-nous sur le terrain de l'utilité publique.

La société ne se venge pas, elle se défend. Cet axiome, universellement admis, renferme implicitement la totalité de la thèse que nous cherchons à soutenir.

Si la doctrine de l'irresponsabilité absolue des aliénés, soutenue depuis longtemps par un nombre imposant d'hommes qui font autorité, et reprise tout récemment par des observateurs modernes ; si cette doctrine devait avoir force de loi, de singuliers privilèges se trouveraient subitement conférés à toute une classe d'individus plus nombreuse qu'on ne le croit et plus dangereuse qu'on ne le pense. Les déclassés, les vicieux, les excentriques, les alcooliques, les morphinomanes ne manqueraient jamais, au besoin, de trouver des médecins prêts à les élever à la dignité de fous, et bientôt, les excès commis par cette noblesse au rebours avec une impunité systématiquement garantie, dépasseraient tous les actes « de l'ancien régime », contre lesquels l'indignation publique s'est autrefois soulevée.

La justification de la pénalité, au point de vue des idées que nous discutons ici, se rapporte à son pouvoir négatif ; elle réside tout entière dans le sentiment de la crainte que la perspective du châtiment inspire aux organisations mal faites : c'est une barrière protectrice élevée au profit des citoyens honnêtes qui ont bien aussi quelques droits à la sympathie du législateur. Il ne s'agit donc pas de savoir si, d'une manière abstraite le coupable a mérité le châtiment qui le frappe, mais, si l'exemple ainsi donné peut servir de frein à d'autres organisations semblables. Or, le doute n'est pas permis : la crainte exerce une incontestable influence sur les aliénés du type que nous venons d'étudier et il n'existe aucune raison valable pour les rassurer à cet égard.

Nous avons entendu nous-mêmes certains sujets se vanter qu'ils avaient été déclarés irresponsables, et qu'ils pouvaient dès lors tout se permettre, puisqu'aucune pénalité ne pouvait plus les atteindre. Sont-ce là des dispositions utiles à cultiver au point de vue social ?

Sans doute il n'existe point de *phrénomètre*, suivant l'ingénieuse expression de M. J. Falret, pour mesurer le degré de responsabilité qui revient à chacun des sujets de cette catégorie. Mais ne voit-on pas que le même raisonnement s'applique aux criminels ordinaires, et que, pour satisfaire à la logique, il faudrait alors supprimer toute pénalité ? Et s'il est difficile de mesurer le degré de responsabilité de certains malades, est-ce une raison pour dire que cette responsabilité n'existe jamais ?

Voyons dans quelle mesure cette doctrine s'applique aux faits de la cause que nous venons d'étudier.

Euphrasie Mercier, commerçante habile, ouvrière infatigable, capacité supérieure, a pu délirer sur le terrain mystique sans perdre une ligne de ses avantages intellectuels. La cupidité a motivé son crime, comme elle avait donné l'impulsion à l'ensemble de sa vie ; et les précautions ingénieuses dont elle a su s'entourer démontrent jusqu'à l'évidence qu'elle appréciait très exactement les conséquences de la situation qu'elle s'était créée et qu'elle en redoutait très justement les suites ; les motifs qui ont gouverné sa conduite sont identiques à ceux qui dirigent les criminels vulgaires et le germe spécial de la folie dont elle est héréditairement atteinte, ne saurait en aucune façon créer pour elle un privilège, ni justifier une exception en sa faveur (1).

Si l'on nous reprochait d'avoir trop complaisamment insisté sur les particularités de l'histoire de

(1) Le verdict du jury a confirmé cette manière de voir.

cette femme, nous répondrions que les principes généraux ne peuvent solidement s'appuyer que sur l'ensemble des faits particuliers et qu'il s'agit ici d'un de ces cas types, qui possèdent toute la valeur d'une démonstration complète.

Il existe, en effet, des aliénés qui, s'ils ne possèdent pas d'une façon bien complète la notion du bien et du mal, ont du moins une perception très nette des dangers auxquels ils s'exposent au point de vue de la répression pénale.

Conservons donc le vieux principe de la responsabilité partielle, et sachons y reconnaître une des nécessités pratiques qui s'imposent, en dépit des subtilités de la logique, à toutes les sociétés bien organisées.

La nature de la maladie de Bright.

D'après le professeur *Semmola* (de Naples).

M. Semmola vient confirmer et compléter les opinions qu'il défend avec autant de talent que de conviction depuis 1861 sur la nature du mal de Bright.

Pour lui, la maladie de Bright est un trouble général de la nutrition causé par l'influence prolongée du froid humide sur la peau et par suite duquel les albuminoïdes du sang devenus anomalement diffusibles et inassimilables sortent par l'émonctoire rénal, sans que le rein présente encore aucune lésion anatomique.

Mais au bout d'un certain temps le passage de l'albumine à travers le rein détermine dans celui-ci les lésions de la néphrite diffuse.

M. Semmola fait remarquer que dès le moment où il y a albuminurie, on voit apparaître aussi l'albumine dans d'autres émonctoires, il y a *albuminocholie*.

M. Semmola a réussi à produire une *maladie de Bright expérimentale* chez le chien au moyen d'injections sous-cutanées de blanc d'œuf ; par ce procédé, au bout de quinze ou vingt jours il détermine en effet : 1° l'albuminurie ; — 2° la dyscrasie albumineuse avec diffusibilité progressive des albumines du sang ; — 3° la diminution dans la production de l'urée des 24 heures ; — 4° l'hydropisie ; — 5° la néphrite.

Il ne manque à cette expérience, pour qu'elle reproduise exactement la nature, que l'influence première de l'affaiblissement des fonctions cutanées, qui ne peut pas être produite artificiellement. Mais M. Semmola s'appuie sur la clinique, sur ce qui passe chez les scarlatineux pour trouver l'explication de la pathogénie de l'albuminurie. Pour lui, l'albuminurie qui apparaît chez les scarlatineux alors que la maladie est finie, quand le malade a subi la desquamation et est en pleine convalescence, n'est pas le résultat d'une néphrite infectieuse par élimination de microbes. Elle résulte de ce que la peau, frappée par le processus scarlatineux, a vu diminuer son activité fonctionnelle ; pendant la période aiguë de la maladie, comme le malade buvait seulement quelques tasses de lait, il s'était constitué un équilibre complet entre la fonction cutanée affaiblie et la qualité comme la quantité très légère d'albumine ingérée. Mais quand l'alimentation complète est reprise avant que la peau ait récupéré ses fonctions, le sang se surcharge rapidement d'une quantité excessive d'albuminoïdes qui, ne pouvant être assimilés, s'échappent par le rein. Le même résultat peut être amené par un refroidissement subit de la peau, malgré la persistance d'un régime alimentaire rigoureux.

Quant aux lésions cutanées qui existent dans la maladie de Bright, mal étudiées jusqu'ici, elles sont cependant dignes d'arrêter l'attention. M. Semmola signale une atrophie de la couche de Malpighi avec prolifération du tissu conjonctif du derme et atrophie des glandes sudoripares.

M. Semmola conclut que la maladie de Bright ne doit plus être classée parmi les néphrites, que c'est un type pathologique de la classe des maladies de nutrition, nettement constitué par son étiologie, la lenteur de son développement, l'abaissement progressif des travaux de combustion des albuminoïdes et enfin une néphrite diffuse qui en est la conséquence finale, et dont la forme typique est le gros rein blanc. Mais, pendant une longue période, elle reste curable si le médecin prend tous les moyens nécessaires pour faire revivre les éléments de la peau.

L'auteur résume de la manière suivante le traitement de la maladie de Bright pendant sa longue période de curabilité.

1° Régime lacté exclusif. L'alimentation azotée ordinaire, et, à plus forte raison, les surcharges alimentaires azotées doivent être proscrites à n'importe quelle période de la maladie. Le lait agit sur les brightiques d'une façon merveilleuse, il n'agit que comme aliment type et non comme diurétique. Le régime lacté doit être suivi pendant longtemps, et ce n'est qu'avec une réserve tout à fait exceptionnelle qu'il faut commencer à tâter la tolérance des viandes ou des jaunes d'œufs.

2° Applications méthodiques et répétées sur la peau des frictions sèches, du massage, de la douche écossaise et souvent aussi des sudations par l'étuve. L'hydrothérapie froide est à rejeter. Elle est toujours mal supportée par les malades, même au début de la maladie à cause de la difficulté d'obtenir les effets de la réaction cutanée. De même l'exercice musculaire forcé est nuisible.

3° Faire vivre le malade dans un milieu tempéré, sec et constant. En hiver, et surtout dans les climats variables, le brightique ne doit pas sortir au grand air et doit se livrer aux exercices musculaires de chambre, avec une température constante de 18 à 20° centigrades.

4° Administration de l'iodure et du chlorure de sodium à doses progressives selon la tolérance.

5° Lorsque, après deux ou trois semaines au plus, l'albumine n'est pas encore entièrement disparue des urines, et cela surtout lorsque l'anasarque est complètement finie, il faut substituer à l'iodure de sodium, soit le phosphate de soude, soit de petites doses répétées d'hypophosphite de soude ou de chaux jusqu'à la dose de 3 ou 4 grammes dans les 24 heures.

6° Employer méthodiquement les inhalations d'oxygène.

7° Renoncer à l'usage des astringents non seulement comme substances inutiles, mais aussi comme substances nuisibles.

Un accueil favorable a toujours été fait en France au professeur Semmola ; car on sait qu'il représente un des plus distingués parmi les médecins Italiens qui ont de la sympathie pour la France, et qu'il lutte depuis bien des années pour soustraire la médecine italienne à une influence germanophile des plus fâcheuses.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 6 septembre.

De l'ataxie paralytique du cœur d'origine bulbaire,

Par *M. Semmola* (de Naples).

« Lorsque des causes épuisantes frappent l'organisme d'une façon habituelle entre quarante-cinq et soixante ans, à part l'ébranlement général du système nerveux on voit se développer une double série de troubles fonctionnels, les uns appartenant à l'estomac et les autres se rapportant au cœur. Ce sont les premiers qui ouvrent la scène avec des formes dyspeptiques rebelles, tantôt isolées, tantôt suivies de catarrhe gastrique. Les troubles du cœur suivent plus lentement et se bornent, au commencement, à un affaiblissement de la systole cardiaque avec simple accélération des battements. Cette période que j'appellerai *période prodromique*, peut durer très longtemps, même jusqu'à deux ou trois ans, avec des alternatives d'amélioration et de retour en rapport avec les causes ; elle démontre seulement l'insuffisance de réparation des centres nerveux, et est parfaitement susceptible de complète guérison.

Mais si ces causes persistent, la maladie entre dans la période confirmée quoique encore guérissable dans la majorité des cas, et les individus commencent à éprouver des troubles morbides bien autrement graves qui se manifestent dans l'ordre suivant : 1° Accès de palpitations et de dysistolie succédant à chaque nouvelle cause et de durée variable ; 2° Développement d'une coloration marbrée sur les mains, sur l'avant-bras, sur les jambes et surtout en correspondance des articulations des doigts et des genoux, coloration cyanotique sans le moindre œdème ; 3° Anxiété respiratoire se développant avec la plus grande facilité lorsque l'individu se fatigue et même tout simplement en montant un escalier ou en marchant en légère montée ; râles crépitants à la base des poumons ; 4° Accès de suffocation réveillant le malade en sursaut, à peine s'il est endormi depuis quelques minutes, et qui le forcent à s'asseoir au milieu du lit en se plaignant d'un petit râle sifflant au gosier, qui l'empêche de dormir ; 5° Enfin, œdème commençant à se montrer aux pieds et constituant l'ouverture de la période terrible de la maladie ; dysistolie permanente, développement de tous les symptômes les plus graves des maladies organiques du cœur non compensées ; quelquefois souffle au premier temps sur le foyer de la mitrale ou de la tricuspide, pouvant disparaître complètement par un traitement énergique. »

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical des suppurations pelviennes chez la femme (1).

On commence, depuis quelques années, à s'occuper en chirurgie, d'une façon plus efficace du traitement des abcès du bassin chez la femme. Autrefois, l'expectation était la règle, on n'incisait que lorsque les collections venaient d'elles-mêmes s'ouvrir au dehors, ou encore, on les laissait se faire jour soit à la peau, soit au niveau des cavités voisines ; de là, des fistules souvent multiples, toujours longues à guérir et parfois incurables. Grâce aux notions précises que le diagnostic peut fournir, grâce à la sûreté que la méthode antiseptique donne aux manœuvres opératoires, on peut agir autrement. M. Terrillon divise les suppurations péri-utérines, d'après leur origine, en trois classes : 1° celles qui se font dans l'épaisseur du ligament large : c'est l'abcès du ligament large si bien décrit par Trousseau, Grisolle et Fraries; 2° les suppurations consécutives à la pelvi-péritonite ; 3° la transformation purulente des épanchements sanguins qui constituent l'hématocèle péri-utérine. Il est bon de rappeler brièvement les principaux caractères cliniques de ces trois sortes d'abcès. Dans le *phlegmon du ligament large*, il existe une tumeur latérale, proéminant d'une façon plus ou moins considérable dans un des culs-de-sac vaginaux ; elle est molle et rénitente et, quand la collection est volumineuse, on peut nettement sentir sa forme arrondie par la palpation abdominale, tandis que le doigt placé dans le vagin perçoit l'impulsion de la main extérieure et aussi un sillon qui sépare nettement le col de la masse phlegmoneuse.

Dans la pelvi-péritonite la tumeur est médiane, on la sent derrière le pubis et la paroi abdominale, et au toucher elle proémine dans le cul-de-sac postérieur ; quand la fluctuation existe, on peut la percevoir avec un doigt placé dans le vagin et la main appliquée sur la paroi abdominale. Cependant, la collection purulente peut être entourée de fausses membranes assez épaisses pour voiler la fluctuation ; les symptômes généraux qui accompagnent la fluctuation du pus guideront le diagnostic du chirurgien, et si des doutes persistent encore, il lui sera permis de recourir à la ponction exploratrice, qui doit toujours être faite suivant des règles précises. Il faut se servir d'un trocart assez volumineux (n° 3 de l'appareil Potain) afin qu'il ne soit point oblitéré par les grumeaux de pus. Après avoir assuré par le flambage l'asepticité de l'instrument et savonné la paroi abdominale, on enfonce le trocart au centre même de la tumeur, assez profondément pour arriver aux couches liquides.

La suppuration des hématocèles rétro-utérines ne se fait pas habituellement avant 15 ou 20 jours après le début de la maladie ; elle s'accompagne de phénomènes généraux sérieux : agitation, frissons, fièvre, etc.

Les collections purulentes du bassin, dans les divers cas que nous venons d'examiner, tendent naturellement à se porter au dehors et à faire saillie dans des points déterminés. Tantôt c'est dans la fosse iliaque, au-dessus de l'arcade de Fallope; plus rarement à la base du triangle de Scarpa ; presque toujours, il y a en même temps saillie plus ou moins marquée des collections dans un des culs-de-sac du vagin ; de plus, il ne faut pas oublier qu'elles compriment le rectum et la vessie. C'est le plus souvent dans le vagin ou dans les réservoirs ci-dessus mentionnés que la collection purulente s'ouvre naturellement si l'on n'intervient pas. Cette terminaison

(1) Terrillon, Cliniques *in Sem. Méd.*, août 1886.

est souvent favorable; cependant, il ne faut pas trop s'y fier, car on voit souvent se former des fistules intarissables communiquant avec l'extérieur ou réunissant deux cavités viscérales l'une avec l'autre.

Il n'y a donc aucun intérêt à attendre l'ouverture spontanée des foyers purulents; M. Terrillon recommande de la pratiquer non seulement dès que la fluctuation est manifeste, mais encore dès que, la tumeur étant nettement saillante, des phénomènes généraux indiquent nettement la suppuration. L'ouverture large des foyers est encore indiquée quand les fistules produites par l'ouverture spontanée ne tarissent point et que la suppuration menace d'épuiser le malade. Somme toute, il faut, en règle générale, intervenir le plus tôt possible après la formation du pus. Par quelle voie doit-on ouvrir le foyer purulent ? Il faut aujourd'hui moins se préoccuper d'ouvrir dans le point le plus saillant que de choisir celui par lequel on pourra assurer le plus facilement l'écoulement des liquides et l'antisepsie parfaite du foyer ouvert. Deux points peuvent être choisis suivant les cas particuliers : la voie externe et la voie vaginale.

Souvent on a tout avantage à ouvrir le foyer purulent au moyen d'une *incision faite parallèlement à l'arcade de Fallope* et partant de l'épine iliaque antérieure et supérieure, pour suivre le trajet de l'arcade à un centimètre au-dessus d'elle. Quand, après avoir divisé, couche par couche, les plans superficiels, on est arrivé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on le décolle peu à peu et, en s'aidant parfois d'une ponction exploratrice, on arrive sur le foyer purulent. On opère ainsi, comme dans la ligature de l'iliaque externe, en se tenant toujours en dehors du péritoine. Le foyer de l'abcès doit être ouvert très largement, de façon que l'on puisse soit avec des éponges, soit à l'aide des doigts ou d'une spatule mousse, détruire les fausses membranes qui le tapissent, nettoyer toutes ses anfractuosités ; après quoi on le nettoie largement soit avec de la liqueur de Van Swieten dédoublée, ou avec de l'eau bouillie aseptique. On placera ensuite deux drains volumineux, du volume du petit doigt, côte-à-côte : l'un affleure au niveau de l'incision, où il est maintenu par une épingle, tandis que l'autre, par où se font les injections, le dépasse légèrement. Par-dessus on applique un large pansement dont la gaze iodoformée et le coton hydrophile antiseptique feront tous les frais. Il est rarement indiqué de pratiquer le drainage double, c'est-à-dire de passer un drain qui, pénétrant par l'hypogastre dans la cavité, ressortirait par le vagin. On ne l'emploiera que dans les cas où les anfractuosités de la poche ne permettent pas un lavage très exact.

Si, d'autre part, l'incision par le vagin paraît plus avantageuse, on devra d'abord nettoyer rigoureusement ce conduit au moyen d'injections à l'eau phéniquée ou à la liqueur de Van Swieten ; puis on introduira doucement le spéculum de façon à éclairer le mieux possible la partie saillante de la tumeur. On fait alors, à l'aide du bistouri, une incision transversale aussi rapprochée que possible du col utérin, et en se guidant, s'il est besoin, sur le trocart explorateur, on pénètre dans la collection purulente. Une fois celle-ci vidée et la cavité largement irriguée, on y place deux gros tubes à drainage adossés l'un à l'autre comme les canons d'un fusil double, et retenus par un fil ; puis on tamponne le vagin au moyen de boulettes de gaze iodoformée. Tous les jours, le pansement est renouvelé et des injections sont faites par les tubes jusqu'à complète guérison.

Tels sont les procédés que le chirurgien peut et doit employer dans le traitement des abcès pelviens de la femme ; cette conduite adoptée hardiment et habilement suivie a donné dans ces derniers temps les meilleurs résultats.

Traitement des rétrécissements des canaux muqueux par l'électrolyse. (1)

Il y a quelque temps, nous avons signalé les essais assez heureux de traitement électrolytique des rétrécissements faits en Angleterre.

Au récent congrès des naturalistes et médecins scandinaves tenu à Christiania, le professeur Hjort a fait connaître un certain nombre de faits intéressants qu'il a pu étudier et suivre, et son assistant M. Stroem a communiqué un mémoire très important sur le même sujet. Ce mémoire est basé sur un assez grand nombre de faits cliniques et aussi sur de nombreuses expériences.

M. Stroem a étudié les rétrécissements de l'urèthre et de l'œsophage seulement, ils sont d'ailleurs les plus fréquents. Il a précisé la façon dont les courants doivent être appliqués et leur force. D'après lui, il faut toujours se servir d'électrodes portés sur des sondes conductrices, la force du courant doit être soigneusement ménagée ; il ne faut pas employer une force supérieure à 4 milliampères et les séances ne doivent pas durer plus de dix minutes.

D'après Stroem et Hjort, l'électrolyse est bien moins douloureuse que l'uréthrotomie ou l'œsophagotomie internes; en outre, ses effets paraissent plus durables. Jamais elle n'a produit d'accidents. On semble être, d'après les résultats, en présence d'une méthode appelée à donner de sérieux avantages.

Dr Barette.

CORRESPONDANCE

Accidents épileptiformes et lavage de la plèvre.

Plancher-les-Mines, le 29 août 1886.

Monsieur le Directeur,

J'ai lu, dans le numéro 34 du *Concours Médical*, une observation intéressante de convulsion épileptique due au lavage de la plèvre, par le Dr Saint-Philippe. Un pareil accident n'est pas rare, et la crainte de le provoquer est une raison sérieuse d'user sobrement de la pratique des injections pleurales antiseptiques. Mais il ne faudrait pas croire que, dans les épanchements

(1) Congrès des Naturalistes Scandinaves.

purulents de la plèvre, l'attaque d'épilepsie fût, dans tous les cas, un effet de l'art, forcément sous la dépendance du lavage de la séreuse. La nature, si féconde en ses caprices, réalise quelquefois les conditions qui font naître la crise nerveuse sous la main de l'opérateur, et l'on voit alors l'attaque se produire tout spontanément, ainsi que le prouve l'exemple suivant :

Le sujet est une jeune femme de 26 ans, qui fut atteinte, il y a environ deux ans, d'abcès pleural droit, peu après ses premières couches, et qui, depuis cette époque, eut plusieurs vomiques avec expectoration extrêmement fétide.

Chaque fois qu'une vomique était imminente, pendant sa durée et les jours suivants, on constatait une aggravation considérable de l'état général. Une fièvre intense se déclarait, accompagnée de sueurs nocturnes très abondantes. Pas d'albumine, ni de sucre dans les urines.

Sous l'influence d'un traitement antiseptique approprié: eucalyptol, pilules ou capsules d'iodoforme, etc., tout rentrait peu à peu dans l'ordre. La période d'acuité passée, Mme X. pouvait non seulement rester levée, mais se livrer à la plupart des occupations du ménage, voyager en voiture et même faire à pied d'assez longues courses.

Depuis un an, il était survenu une complication grave dans la cavité abdominale.

Je veux parler du développement d'une tumeur volumineuse, de la dimension d'une tête de fœtus au moins, dure, de forme conique, à sommet sous-cutané, située entre l'ombilic et le rebord des fausses côtes droites, paraissant n'avoir aucune connexion avec la plèvre correspondante, et émaner bien plutôt de la face concave du foie.

Indépendamment de la médication interne, très variée, selon les indications, le traitement a consisté principalement dans l'apposition et le pansement méthodique de vastes cautères sur le thorax, au niveau de l'épanchement purulent.

Jusqu'à ces derniers temps, grâce à la facilité avec laquelle se produisait la vomique libératrice, toutes les fois que la poche se remplissait par suite de l'oblitération fortuite de sa communication avec les bronches, on avait eu lieu de rejeter l'opération de l'empyème comme inutile ou même inopportune. Au mois de juillet dernier, l'invasion de nouveaux accidents dus à la réplétion de l'apostème, l'incertitude de la cure par les moyens mis en usage jusque-là, la gravité croissante de la situation, firent revenir sur cet ostracisme, et l'opération, décidée en principe et acceptée par la malade, était sur le point d'être pratiquée, lorsque tout à coup la scène changea et l'urgence d'un nouveau péril détourna toute l'attention de l'homme de l'art. A la suite d'une promenade au jardin, il survint de l'hésitation dans la parole. C'était le prélude d'une formidable attaque d'épilepsie qui éclatait le lendemain. Celle-ci dura plus d'une demi-heure, s'accompagna d'écume à la bouche, de mouvements toniques, puis cloniques, de morsures de la langue, d'émission involontaire d'urine, en un mot, d'un cortège de symptômes qui ne pouvaient laisser aucun doute sur sa nature. Elle fut suivie d'hémiplégie droite incomplète et d'aphasie. Les parents de la malade crurent qu'elle touchait à ses derniers moments, tant étaient inquiétantes la suspension de la respiration et la sidération dont ils étaient témoins ! Néanmoins la crise se calma assez rapidement, les facultés intellectuelles se réveillèrent, et il persista seulement une certaine parésie du membre inférieur et une difficulté marquée dans l'exercice de la parole. Les urines rosaciques n'offraient d'autre altération qu'un excès d'acide urique. On était donc en droit d'espérer le retour graduel de l'état antérieur ; il n'en fut rien. La malade succomba quelques jours plus tard, en pleine connaissance, aux suites de la commotion et de l'altération des centres nerveux produites par cette première attaque d'une violence tout à fait insolite.

Eh bien ! si j'avais fait l'opération de l'empyème et pratiqué dans la cavité pleurale des injections antiseptiques, comme j'en avais l'intention, je n'eusse pas manqué d'attribuer à mon intervention les accidents épileptiques qui se sont manifestés et ont emporté la malade.

V. POULET

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Malgré notre désir de voir une seule catégorie de médecins exister en France, par suite de la suppression de l'officiat, nous nous sommes toujours fait un devoir de mettre sous les yeux de nos lecteurs les opinions contraires à la nôtre ; aussi n'avons-nous pas hésité à accorder immédiatement l'hospitalité à la lettre suivante, dont l'auteur ne saurait être accusé d'un défaut de modestie et a su trouver des arguments inattendus, et fort paradoxaux en faveur de sa cause. Mais, tout en étant de nature à inspirer de l'estime et de la sympathie pour celui qui l'a écrite, cette lettre ne saurait en rien modifier notre opinion sur la nécessité de supprimer l'officiat.

N. de la Réd.

Arguments inattendus d'un officier de santé en faveur du maintien de ce titre.

Monsieur le Directeur,

Je crois être l'organe d'un certain nombre d'officiers de santé, en témoignant ma joie et ma reconnaissance à celui et à ceux qui ont porté le décret qui maintient notre grade d'officier de santé.

Ce grade que nous avons cherché à honorer par des efforts énergiques, nous croyons qu'il répond d'abord à un besoin de ceux qui l'ont recherché, ce qui n'est que le côté accessoire ; et qu'il répond aussi à des besoins de la société ; ce qui est le point principal.

Pour ceux d'entre nous qui ont commencé leurs études médicales après 30 ans, et qui ont fait leurs classes de collège complètes, les baccalauréats n'étaient pas le principal obstacle pour arriver au doctorat, et bien souvent ni même l'argent, ni le temps à dépenser ; c'étaient les longs déplacements obligatoires, alors que les villes comme *Lyon* restaient de simples écoles préparatoires, et, chose, qui paraîtra étrange, *l'obstacle aussi était dans le nom de docteur*.

A un certain âge, on ne change pas facilement ses relations de famille, pour aller habiter à *Paris* ou à *Montpellier* pendant 3 ou 4 ans.

Le titre de docteur ne plaît que médiocrement à un certain nombre d'entre nous (beaucoup de nos confrères aînés, les docteurs, vont rire, en disant : Les raisins sont trop verts.) C'est un mot trop pompeux, il impose des obligations trop étendues ; un docteur ne devrait jamais se tromper.

Certainement on ne nous croira pas ! nous le dirons quand même : véritablement ce titre effaroucherait notre modestie.

Que ceux qui nourrissent l'ambition d'avoir un

grade élevé, le conservent ou l'obtiennent, nous n'y voyons pas d'inconvénient ; mais aussi, que d'autres qui ont l'ambition d'être au-dessus de leur titre, puissent en avoir un plus modeste !

J'ai dit que le titre d'officier de santé répondait largement à certains besoins de la Société ; en effet, est-il nécessaire de faire porter par un docteur des pilules reconnues par les 4 facultés à une pauvre femme qui les goûtera à peine, et qui prendra avec confiance, pendant des semaines entières, une tisane composée par une voisine qui ne sait pas lire et qui souvent est faible d'esprit ? Pourtant c'est un fait que j'ai vu assez de fois, pour que je reste convaincu qu'il n'est pas rare.

Pour certaines lésions, c'est encore pis ! On croit généralement, dans quelques cantons, qu'une entorse ne peut guérir sans les attouchements d'une femme qui possède le *don de lever les entorses*; et dernièrement on venait me prier de faire venir cette femme, ou une autre aussi bien douée, m'annonçant que l'entorse que j'avais au pied gauche ne guérirait jamais sans elle.

Aux petits maux les petits remèdes.

En admettant qu'on trouve un docteur sans trop de difficulté, je ne donnerai pas dans l'erreur de croire qu'on trouve *toujours* des docteurs à sa disposition pendant les rudes mois de l'hiver et dans les pays les plus écartés, quand moi-même, médecin de campagne, qui certainement ne s'est pas ménagé jusqu'ici, à 50 ans, avec un bon cheval, ne puis suffire à voir tous ceux qui me réclament pendant les plus mauvaises semaines de l'hiver.

Il est des gens qui aiment à se ménager une ressource ; un individu qui, pour une indisposition, envoie chercher un docteur me paraît semblable à un général qui emploierait toutes ses forces, même sa réserve, pour une escarmouche.

Quand j'étais jeune, je consultais d'abord un pharmacien ; si j'eusse connu un officier de santé, je fusse allé à lui, parce que je savais que derrière l'officier de santé il y avait le docteur et que derrière le docteur il n'y avait plus que le désespoir et la mort.

Pour nous, qui, dès le début, n'avons pris la pénible tâche d'étudier le latin et le grec, que pour arriver aux études séduisantes de la chimie, de la physique et de l'histoire naturelle, surtout de la physiologie, nous regrettions de n'en voir pas un mot dans le programme d'un examen que l'on considérait comme approprié à de futurs médecins ; c'était une lacune qui ne pouvait plus durer.

Nous avons maintenant des Facultés à proximité ; pour notre contrée celle de Lyon. Nous voyons notre grade maintenu et rendu plus sérieux par l'addition de matières qui faisaient défaut à l'examen d'admission aux écoles de médecine ; ce qui nous porte à dire que nous sommes heureux de voir réussir les plans qui nous étaient chers.

Agréez, etc.

CARREL,
Médecin à Treffort (Ain).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Gastro-entérite des phthisiques.

(MONIN.)

Eau distillée de laitue....	200 gr.
Elixir parégorique........	5 —
Teinture de quassia......	15 —
Sirop de capillaire.......	35 —
Antipyrine..............	4 —

M. S. A.

Nouveau collodion

Ce collodion, par ses qualités antisoptiques et cicatrisantes sans produire d'inflammation, peut être utilisé à la place de celui qui renferme du cotonpoudre, dans tous les cas de solution de continuité, soit plaies simples, soit plaies compliquées de contusion. Son emploi est encore indiqué, comme la traumaticine, dans les cas de douleurs névralgiques, rhumatismes aigus ou chroniques, en badigeonnant les parties endolories toutes les vingt-quatre heures, et dans les cas graves ou aigus toutes les six heures. Si on en enduit des bandes de toiles ou de soie, on obtient un excellent taffetas sparadrap, qui peut rivaliser avec la préparation à l'ichthyocolle dite taffetas anglais.

On le prépare selon la formule suivante :

Mastique en larmes.....	3 grammes.
Baume de Pérou sec.....	1 —
Narcotine..............	1 —

Pulvériser chaque matière séparément et ajouter 5 grammes de chloroforme. Agiter de temps à autre et laisser reposer après solution.

(*Union Pharmac.*).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Le secret professionnel et les certificats de décès réclamés par les Compagnies d'assurances sur la vie,

Par le Dr BARAT-DULAURIER, ancien interne des hôpitaux de Paris.

(*Fin.*)

III

Nous venons de voir, dans ces dernières paroles, l'expression de la pensée de M. Hémar ; mais, avant d'aller plus loin, il est nécessaire de faire connaître le sentiment des auteurs principaux qui ont écrit sur le sujet qui nous occupe. Le devoir du médecin se déduira, d'ailleurs, avec une évidence frappante, des considérations que ces rapprochements feront naître.

Quelques-uns ont prétendu que les faits seuls qui avaient été confiés au médecin, dans l'exercice de sa profession, *sous le sceau du secret*, nous obligeaient au silence, laissant ainsi entendre que nous pouvons divulguer ceux relativement auxquels on ne nous aurait pas imposé une discrétion absolue (1). Mais, si on admettait une semblable interprétation des termes de l'article 378, qui ne voit à quelles conséquences on arriverait ? Les secrets les plus intimes, ceux que les familles ou les indivi-

(1) Dechambre. *Le Médecin*, p. 168.

dus désirent le plus ardemment laisser ensevelis dans le silence, ne sont-ils pas, bien souvent, ceux que nous avons surpris à l'insu même du client et, parfois, malgré lui? Bien plus, ne nous arrive-t-il pas de découvrir, chaque jour, des faits que le client ignore et que nous ne devons pas même lui faire connaître ? Qui de nous oserait dire à un malade : « Vous êtes phthisique ou cancéreux ou scrofuleux » ? Qui oserait dire à une jeune femme, qu'un époux indigne aura contaminée dès la première nuit du mariage, peut-être : « Madame, vous êtes atteinte de syphilis » ?

« En se confiant à l'homme de l'art, dit M. Brouardel (1), on lui confie tout ce qu'il peut apprendre ». Et il ajoute : « Le secret est donc tout ce que le médecin a appris à l'occasion de ses fonctions. »

Il faut, dès lors, admettre que la loi du silence nous lie aussi bien pour les choses que nous avons surprises dans l'exercice de notre profession que pour celles qui nous ont été confiées sous le sceau du secret.

Legrand du Saulle, dans une *Étude sur le secret médical et les Compagnies d'assurances* (2), s'exprime en ces termes : « Les conditions du secret médical sont-elles assez bien définies pour qu'en toute circonstance le médecin doive se condamner fatalement au silence, alors même que ce silence est préjudiciable aux intérêts bien compris de son malade ? En aucune façon, et si, en thèse générale, le secret est obligatoire dans un certain nombre de cas très graves et susceptibles d'entraîner une lourde responsabilité, il n'en est pas moins vrai que, sur la demande formelle et écrite de notre client, nous pouvons déclarer, dans un certificat confidentiel, la plupart des choses qu'il importe de savoir. Sur ce point, le médecin ne doit prendre pour guide que son savoir et pour conseil que sa conscience. »

J'avoue que les raisons données par notre éminent et regretté confrère ne me satisfont nullement. Ne voyez-vous pas, en effet, que cette formule est toute faite de réticences et d'hésitations ? Le refus que nous opposerons parfois à la demande du client sera interprété de la façon la plus défavorable ; ce sera l'affirmation de l'existence d'une tare constitutionnelle que le postulant ignore peut-être lui-même; ce sera, dans tous les cas, une révélation d'autant plus grave qu'elle sera déguisée, et laissera la porte ouverte à tous les écarts de l'imagination. Le médecin qui refusera aux uns, pour délivrer à d'autres, le certificat demandé, ne sera-t-il pas exposé à toutes les haines, à toutes les rancunes, je dirai volontiers à tous les outrages. D'ailleurs, qui nous assurera que notre certificat sera absolument confidentiel? Ne peut-il pas tomber entre les mains d'indiscrets ou de malveillants ? Ne peut-il pas s'égarer et venir en la possession de tiers ayant un intérêt quelconque à le divulguer ?

Et puis, ce certificat confidentiel contiendra *la plupart des choses qu'il importe de savoir* ! il est donc *des choses qu'il importe de savoir* qu'il passera sous silence ! Mais alors, quelle confiance pourra-t-il inspirer si, d'avance, vous admettez qu'il pourrait bien ne pas renfermer toute la vérité, *toutes les choses qu'il importe de savoir* ?

Le certificat doit être vrai, avant toute chose, et, de plus, il doit renfermer *toute la vérité*. Si nous ne pouvons pas le délivrer remplissant ces conditions, nous devons nous abstenir.

Le médecin, dit le savant légiste, ne doit prendre pour guide que son savoir, et pour conseil que sa conscience ! Sans doute, c'est notre savoir qui doit nous guider ; mais ce guide est-il tellement sûr qu'en le suivant il ne nous reste, dans bien des cas, des scrupules sur son infaillibilité, et alors, si les intérêts engagés sont considérables, si un doute surgit dans notre esprit, quelle conduite tiendrons-nous ? Nous serons, prenez-y garde, des arbitres souverains et nous assumerons une responsabilité qui souvent nous effraiera.

Notre conscience, dit-on, nous inspirera les résolutions à prendre. Sans doute, en suivant ses indications, chacun de nous pourra se sentir bien tranquille avec elle. Mais la conscience elle-même peut être faussée. Et puis quelle innombrable variété de points de vue ne peut-on pas envisager qui pourront modifier ses décisions, non pas seulement suivant les individus, mais aussi pour la même personne !

J'aime mieux M. Bruno-Lacombe quand il dit : « Nul n'est assez sûr de lui-même pour mettre sa conscience à la place de la loi. » Et c'est précisément parce que cette observation est juste, que nous voulons chercher et trouver dans la loi une règle de conduite uniforme, une règle générale absolue, qui ne laisse aucune place à l'hésitation, à l'incertitude ou à l'arbitraire.

L'opinion de Legrand du Saulle est aussi, sur ce point, celle du regretté Dechambre. « Le médecin ne manque pas à son devoir (1), dit-il, en délivrant au proposant, sur sa demande, un certificat constatant son état de santé. » Il est vrai qu'il entrevoit parfaitement les inconvénients inhérents à ce système, car, il ajoute un peu plus loin : « Mais dans la pratique, comme la complaisance joue nécessairement un grand rôle ; que la complaisance porterait préjudice à autrui, je veux dire aux assureurs ; que des refus *exceptionnels* d'attestation alarmeraient le client sur sa santé, mieux vaut se faire règle de ne pas en délivrer. »

Dans un mémoire remarquable, couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône en 1867, Delfau (2) (de Collioure), s'exprime en ces termes : « Si la consultation est directement demandée par la Compagnie, le premier devoir du médecin, avant de répondre au questionnaire qui lui est soumis, consiste à donner avis de l'enquête à son client et à se munir de son consentement. En même temps, il ne doit pas laisser ignorer les inconvénients offerts par la démarche entreprise dans des conditions tout à fait défavorables. Il doit exposer au client dans quels termes le certificat médical doit être conçu ; l'avertir qu'il ne peut rien cacher des particularités qui concernent sa santé...

» Ces observations doivent être faites également lorsque c'est le client lui-même qui sollicite le certificat médical.

« Si, après ces informations franches et loyales, le client persévère dans ses intentions, le médecin, complètement dégagé de toute responsabilité, n'a plus qu'à s'incliner devant la volonté du client ;

1. Brouardel. *Loc. cit.*
2. *Gazette des hôpitaux*, 17 octobre 1867.

1. Dechambre. *Le Médecin*, p. 194.
2. *Devoirs et Droits des médecins*, par Félix Delfau (de Collioure). Ouvrage couronné par le Comité médical des Bouches-du-Rhône, médaille d'or, 1867.

tout obstacle est levé ; rien ne s'oppose à ce qu'il réponde au questionnaire de la Compagnie, ni à ce qu'il délivre le certificat médical qu'on lui demande. »

Comme Legrand du Saulle et Dechambre, Delfau parle, dans ce qui précède, des certificats réclamés pour contracter assurance ; mais il n'est pas douteux que, dans la pensée de ces auteurs, les mêmes considérations doivent s'appliquer aux certificats de décès exigés par les Compagnies pour liquider la prime à payer aux ayants cause du décédé.

Même remarque relativement à Tardieu qui donne aux Compagnies le conseil de se contenter de l'avis de leur expert et de renoncer à demander aucun renseignement au médecin ordinaire de l'assuré.

Legroux pense que l'autorisation du client met le médecin hors de toute poursuite. Et cependant, il conclut que le respect du secret médical doit rester pour lui une obligation absolue.

Hémar, dans un remarquable travail publié en 1869 (1) s'exprime en ces termes : « Il faut décider que le médecin n'encourra aucune responsabilité pénale pour avoir révélé le secret dont il est dépositaire, après en avoir reçu l'autorisation de celui qui le lui a confié. *Le consentement ainsi donné n'impose pas au médecin l'obligation de rompre le silence.* » Et plus loin : « Le consentement de la partie intéressée laisse donc au médecin sa liberté complète d'appréciation. »

De même, M. le professeur Brouardel (2) a pu écrire : « Le consentement de la personne qui a confié le secret peut autoriser le médecin à le révéler... Règle générale : il vaut mieux s'abstenir. »

J'insiste tout particulièrement sur la dernière proposition de M. Hémar, qui trouve son application immédiate au procès dont je vous ai entretenus il y a un instant, et qui a été le point de départ du travail que j'ai l'honneur de lire devant vous. Elle a trouvé, du reste, une sanction, en quelque sorte, dans un fait rapporté par le *Journal de Médecine de Bordeaux* et par le *Concours médical*. (V. *Concours*, 1886, p. 176.

Notre honorable confrère et ami, le Dr Margueritte, ayant à étudier la question qui nous occupe, concluait en ces termes (3) devant ses collègues du Syndicat du Havre.

« Le médecin n'a qu'à interroger sa conscience et à tenir la conduite qui lui paraîtra la plus conforme à l'équité et au mieux des intérêts de chacun... Lui seul est juge de ce qu'il doit dire, de ce qu'il doit taire ; lui seul peut discerner à qui il peut parler, et dans quel cas, et jusqu'où il peut aller sans faire tort à son client. »

M. Margueritte, dans une lettre qu'il nous a adressée récemment, nous dit que, depuis la publication de son rapport, il s'est rangé à l'opinion du secret absolu.

IV

Les auteurs dont nous venons de faire connaître le sentiment, tout en admettant que le médecin peut parfois donner aux Compagnies d'assurance des certificats énonçant la cause du décès de leur client, n'ont pas songé un seul instant qu'on pût jamais avoir la prétention de nous contraindre à délivrer ces certificats. Ils ne font, d'ailleurs, cette concession qu'à regret, pour ainsi dire, et ils préféreraient assurément, que le médecin traitant ne fût jamais mêlé à ces sortes de spéculations.

Il me semble, du reste, qu'on n'a pas suffisamment tenu compte d'une considération d'une extrême importance. Le secret qu'on peut nous inviter à révéler n'est pas toujours le secret propre de la personne qui nous autorise à le faire connaître. Il est des cas nombreux où toute la famille est intéressée et ne saurait admettre que la volonté de l'un de ses membres nous donnât licence de divulguer des circonstances pathologiques constitutionnelles et héréditaires. A supposer qu'une invitation à parler pût nous délier de l'obligation du secret, il faudrait donc qu'elle nous fût adressée, et *en connaissance de cause, par tous les membres de la famille*, sans exception.

Mais à côté de ces auteurs, il en est qui professent la doctrine du secret absolu.

Dans une circulaire adressée, en 1877, au nom de l'Association des Médecins de Meurthe-et-Moselle, par M. Simonin, Président de cette Société, notre honorable confrère s'exprime en ces termes : « Les membres de l'Association de Meurthe-et-Moselle se refuseront dorénavant à délivrer un certificat ou une attestation quelconque sur la santé de leurs clients habituels, *même quand ils en seront sollicités par ces derniers*, et quelque satisfaisant que puisse être ce certificat.

» Ils se récuseront si, comme médecins d'une Compagnie d'assurances sur la vie, ils sont commis par cette Compagnie pour examiner un de leurs clients personnels. Cet examen devra être confié par la Compagnie à un autre médecin. »

M. le Dr Gallard, dans des pages éloquentes, s'est aussi montré le partisan convaincu du secret dans tous les cas. « Il importe, dit-il, en effet, que cette garantie essentielle du secret médical soit respectée, non seulement par chacun de nous, mais aussi par la société tout entière. Il faut qu'on y trouve une sauvegarde absolue et qu'il y ait, dans le public, une foi sans limite dans la discrétion du médecin. On doit être assuré de nous voir garder, non seulement ce qu'on nous confie, mais même tout ce que nous apprenons dans l'exercice de notre profession. L'intérêt public exige que l'on nous sache disposés à ne jamais rien révéler, non seulement de ce que nos clients tiendraient à cacher, mais *même de ce qu'ils nous autoriseraient à faire connaître ; car ils ne peuvent pas avoir conscience de l'importance ni de la valeur des indiscrétions qu'ils pourraient être ainsi tentés de provoquer eux-mêmes.* » Ces sages recommandations trouvent leur justification dans ce fait que nous avons signalé plus haut, à savoir que, souvent, nous ne faisons connaître au malade et à son entourage qu'une partie de la vérité, la *vérité relative*, comme on a dit, en raison des graves inconvénients qu'il y aurait à tout révéler.

M. le Dr Chauvel, dans un mémoire important sur la question qui nous occupe, présenté au Syndicat du Havre en même temps que celui de M. Margueritte, dont nous avons parlé plus haut, et

(1) Hémar. *Le Secret médical* (*Annales d'Hygiène*, 2e série, t. XXI, p. 187.)
(2) Brouardel. *Loc. cit.*.
(3) *Concours Médical. Bulletin des Syndicats*, mars 1885, p. 34.

d'une façon contradictoire, concluait que « nous ne devons donner de renseignements en aucun cas » (1).

D'un autre côté, M. Georges Rocher, avocat à la Cour d'appel de Paris, chargé par la Société de Médecine légale de Paris, de rédiger un rapport sur la question suivante : « Les médecins doivent-ils délivrer des certificats *post-mortem* à produire aux Compagnies d'assurances sur la vie? » terminait son remarquable travail (2) par des conclusions que nous voulons rappeler :

« La Société de Médecine légale de Paris est d'avis, tout en déclarant que la règle qu'elle formule ne saurait être imposée comme une obligation, mais conseillée comme une ligne de conduite convenable et digne :

« Que les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de délivrer des certificats indiquant la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients et les circonstances dans lesquelles il est mort. »

L'Association générale des médecins de France a, sans doute, été animée du même sentiment lorsque, dans sa séance du 3 mai dernier, elle a adopté, relativement aux déclarations de décès, des conclusions que son rapporteur avait prises, dans un travail que j'avais publié sur ce sujet (3).

V

On a prétendu que l'article 378 n'était applicable qu'aux révélations faites avec l'intention de nuire. Des juristes distingués, des criminalistes éminents ont soutenu cette thèse qui, jusqu'à ces temps derniers, avait été généralement adoptée. De sorte que tous ceux qui préconisaient le secret absolu s'appuyaient plutôt sur des raisons tirées de la morale, que sur des motifs puisés dans notre législation.

Néanmoins, le nombre est grand de ceux qui, avec une autorité incontestée, comme Rauter, Locré, Blanche, etc., admettent que la loi atteint aussi la révélation qui est l'acte volontaire du médecin, en dehors de toute intention de nuire.

C'est aussi l'opinion soutenue, avec un rare talent, par M. Bruno-Lacombe, dans le discours qu'il prononça l'an dernier à la rentrée des Cours et Tribunaux de Bordeaux. Pour cet honorable magistrat, le législateur a eu en vue l'intérêt social et non l'intérêt particulier ; il a voulu que la révélation fût punie pour elle-même, comme une atteinte portée à l'ordre public. « La loi a voulu, dit-il, protéger le malade contre sa propre faiblesse et lui donner l'absolue certitude que jamais, *quoi qu'il arrive et* LE VOULÛT-IL UN JOUR, rien ne sera trahi de ce qu'il apprend ou livre à l'homme de l'art » ; et dans un autre passage : « Si l'autorisation de révéler donnée par le client peut être, à bon droit, opposée comme une fin de non-recevoir à l'action en dommages-intérêts qu'il croirait pouvoir intenter à raison du fait de la révélation, elle ne saurait nullement faire obstacle à la poursuite exercée, à l'occasion du même fait, par le ministère public. » Puis, faisant l'application de cette théorie aux rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances, il dit un peu plus loin que le médecin traitant « devra même s'abstenir, par respect du secret professionnel, de délivrer le certificat demandé par les Compagnies après le décès de son client ».

Nous pourrions multiplier ces citations, mais à quoi bon fatiguer votre bienveillante attention. Du reste, cette doctrine, appliquée par la neuvième chambre du tribunal de la Seine, dans l'affaire du Dr Watelet, a été confirmée par la Cour de cassation dans les termes suivants :

« ... Attendu que cette disposition (art. 378) est générale et absolue et qu'elle punit toute révélation du secret professionnel sans qu'il soit nécessaire d'établir, à la charge du révélateur, l'intention de nuire ;

» Qu'en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions et garantir le repos des familles qui peuvent être amenées à révéler leurs secrets par suite de cette confiance nécessaire ;

« Que ce but de sécurité et de protection ne serait pas atteint si la loi se bornait à réprimer les révélations dues à la malveillance, en laissant toutes les autres impunies ;

» Que le délit existe dès que la révélation a été faite avec reconnaissance indépendamment de toute intention de nuire... »

Telle est donc aujourd'hui la jurisprudence ; nous ne saurions, sans tomber sous l'application de la loi pénale, révéler à qui que ce soit la cause du décès de nos clients.

Il n'est aucune puissance au monde qui puisse nous délier de l'obligation où nous sommes, de par la loi, de laisser ensevelis dans le silence et l'oubli tous les secrets qu'on nous a confiés, comme ceux qui nous ont été révélés, volontairement ou non, dans la pratique de notre art.

En refusant un certificat qu'on nous demande, nous ne commettons point une *faute*, puisque c'est la loi qui nous oblige à agir de la sorte.

Ainsi tombe cette affirmation contenue dans l'assignation remise à notre confrère du Havre, à savoir : *qu'il n'a aucun intérêt à refuser* le certificat demandé !

Non seulement il avait le DROIT de refuser cette pièce, mais encore il en avait le DEVOIR, devoir résultant de l'interprétation donnée à l'article 378 du code pénal par la Cour suprême, sauvegarde des saines doctrines de notre jurisprudence (1).

NOUVELLES

On a constaté dernièrement qu'un nombre assez considérable de soldats appartenant au 122e de ligne, en garnison à Montpellier, étaient atteints de la pelade ; on attribuait tout d'abord la propagation de la maladie à l'emploi de la tondeuse ; mais, d'après l'enquête officielle qui vient d'être faite, la cause en serait due au port d'anciens képis qui n'avaient pas été désinfectés.

(1) *Bulletin des Syndicats*, mars 1885, p. 34.
(2) *Annales d'Hygiène et de Médecine légale* et *Bulletin des Syndicats*.
(3) *Journal de médecine de Bordeaux*, 5 janvier 1886.

(1) Au moment où ce travail était sous presse, une lettre de notre excellent confrère et ami, le Dr Marguerite, nous annonçait que le tribunal du Havre, donnant gain de cause au Dr B., avait débouté les héritiers N. de leur demande et les avait, en outre, condamnés aux dépens. Nous ne saurions que nous féliciter de ce résultat qui va mettre fin à des exigences inadmissibles.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE.

LA SEMAINE MÉDICALE

L'anémie pernicieuse progressive.

M. *Henrot* (de Reims), a fait d'intéressantes réflexions sur cet état clinique, assez rare d'ailleurs, dont la nature est très discutée.

Assez souvent on porte ce diagnostic faute d'avoir trouvé le vrai ; nous avons vu plus d'une fois un petit cancer latent méconnu pendant la vie, mais trouvé à force de recherches patientes à l'autopsie, venir démentir le diagnostic d'anémie pernicieuse. Quoi qu'il en soit, M. Henrot pense que, cliniquement, cette maladie est assez facile à séparer des autres anémies cachectiques. Après trois ou quatre mois de souffrance mal caractérisée, mais où les troubles gastriques tiennent le premier rang, sans avoir éprouvé de pertes de sang, sans leucocythémie, sans néphrite ou paludisme, sans saturnisme, sans présenter de tuberculose ou de cancer ou d'anchylostome duodénal, le malade éprouve tout à coup un anéantissement rapide des forces, tout en conservant néanmoins un certain embonpoint, et une certaine activité stomacale capable de masquer l'inanition ; l'oppression, l'anhélation se montrent, et la mort survient.

Au point de vue anatomique, les connaissances sont moins avancées.

Les lésions de l'estomac et de l'intestin ne sont pas constantes ; il y a des dégénérescences viscérales diverses, des lésions du sang et de la rate, mais jusqu'à présent rien de caractéristique.

M. Henrot a observé trois cas très nets de cette maladie. Les deux premiers malades ont été transfusés sans succès, le troisième a été soumis à un traitement tonique. Ces trois malades ont succombé. L'autopsie du premier n'a pas été faite. A l'autopsie des deux autres, on a pu constater une pâleur extrême de tous les organes, et dans les deux cas une hypertrophie et un ramollissement de la rate, avec des granulations dans les globules rouges. Bien que les différents auteurs aient signalé les lésions les plus variées: ulcérations des voies digestives, altération de la moelle des os, dégénérescence du plexus solaire, dégénérescence du cœur, du foie, des reins, M. Henrot croit, d'après des faits analogues signalés par Scheby-Buch, Zimmermann, Fedé, Pepper, Labadie-Lagrave, Wilks et plusieurs autres, que l'altération de la rate a une importance telle qu'elle doit être placée en première ligne, et que les altérations du sang en quantité, en qualité ou consistant dans les corpuscules de désagrégation de Quincke, les globules à noyaux de Ponfick et de Biermer, les granulations globulaires de Labadie-Lagrave, sont consécutives aux altérations spléniques.

Quant à la rétinite hémorrhagique, aux dégénérescences graisseuses des viscères, et quelquefois des petits vaisseaux du cerveau, ce sont à un plus haut degré des lésions d'ordre secondaire.

On ne sait rien non plus sur les causes de cette maladie ; il semble que l'on n'ait pas à invoquer la misère ordinaire, mais qu'il y ait plutôt une sorte d'empoisonnement où l'impaludisme ne semble pas avoir un rôle bien marqué.

La transfusion du sang comme moyen de traitement n'a donné que des insuccès. Très utile dans les anémies consécutives aux hémorrhagies, elle semble impuissante dans l'anémie progressive, où il y a probablement empoisonnement du sang par un microbe. Quincke a cependant signalé deux succès.

La médication la plus appropriée consiste en inhalations d'oxygène, injections sous-cutanées de quinine à forte dose et dans l'emploi de l'arsenic.

Balkins aurait obtenu seize guérisons par la médication arsenicale.

Troubles visuels d'origine corticale.

M. *Lannegrâce* (de Montpellier). — En pratiquant des extirpations cérébrales partielles au moyen du thermo-cautère, on peut produire des troubles visuels, non seulement par la lésion du lobe occipital, mais par celle des régions temporale, pariétale, frontale.

Les lésions unilatérales donnent des troubles temporaires.

L'étendue de cette lésion a une influence considérable sur la durée et l'intensité des troubles visuels.

Les lésions occipitales produisent surtout des troubles dimidiés ; les lésions des parties antéro-moyennes de l'écorce des troubles croisés.

Les lésions corticales affaiblissent la fonction visuelle sans l'abolir complètement ; on n'observe guère que de l'amblyopie ou de l'hémiamblyopie.

En résumé :

1° Les lésions du lobe occipital donnent plus spécialement lieu à une hémiamblyopie latérale homonyme, paraissant s'atténuer dans la région de la macula lutea (zone sensorielle) ;

2° Les lésions des lobes frontal, temporal, pariétal, donnent plus spécialement lieu à de l'amblyopie croisée, paraissant s'atténuer dans la région de la macula lutea (zone sensitivo-motrice).

Si une lésion atteint ces deux zones, la fonction des deux yeux est simultanément compromise.

La zone sensorielle correspond au centre visuel de Munck. Cette région semble bien en rapport, par sa partie latérale externe, avec la moitié externe de la rétine du même côté et, par sa partie latérale interne, avec la moitié interne de la rétine du côté opposé. Mais les faits ne permettent pas encore une affirmation absolue.

Dans la zone sensitivo-motrice, les régions dont l'excitation provoque des mouvements du globe oculaire, sont aussi celles dont la lésion trouble plus nettement la fonction de l'œil opposé.

Les lésions de la zone sensorielle ne troublent ni la sensibilité générale, ni la motilité. Il n'en est pas de même pour la zone sensitivo-motrice ; on observe :

a) Dans les muscles extrinsèques de l'œil, un certain degré de parésie ;

b) Dans les muscles intrinsèques, un peu de paresse de l'iris : aussi dans certaines lésions corticales le muscle choroïdien peut-il perdre une partie de son pouvoir accommodateur ;

c) La conjonctive peut perdre une partie de sa sensibilité ;

d) L'œil devient plus saillant, rouge. Je n'ai jamais observé de suppuration.

Contrairement à ce que pensent les auteurs, les troubles visuels d'origine corticale n'impliquent pas nécessairement la lésion des expansions cérébrales du nerf optique.

Le système nerveux oculaire se décompose en deux : un *sensoriel* ayant avec les centres des relations dimidiées, l'autre *sensitivo-moteur* ayant des relations *croisées*. On peut donc ainsi formuler le mécanisme des troubles visuels corticaux :

1° L'hémiamblyopie résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensoriel ;

2° L'amblyopie croisée résulte de la lésion de la partie corticale de l'appareil optique sensitivo-moteur.

L'auteur fonde sa seconde proposition sur les données de la clinique, et sur ce qu'il a observé, à savoir que les lésions de la zone antéro-moyenne du cerveau déterminent des troubles de la sensibilité, du mouvement et même de la nutrition dans l'œil opposé;

Sur ce que le développement du cerveau, après énucléation de l'œil chez le nouveau-né, démontre qu'il y a un rapport anatomique incontestable entre la région orbitaire et la zone antéro-moyenne de l'écorce du côté opposé.

Sur la suggestion hypnotique dans ses rapports avec la doctrine de Descartes.

M. *Netter* (de Nancy), après avoir démontré que la suggestion hypnotique, telle qu'elle est enseignée et pratiquée à Nancy, concorde avec la doctrine spiritualiste de Descartes, dit que les disciples de ce philosophe peuvent accepter que l'on intervienne avec l'hypnotisation dans l'éducation des enfants vicieux, *nés vicieux*, parce qu'en calmant chez eux telles ou telles impressions trop vives, on les rendra *attentifs* pour l'éducation et l'instruction.

Pneumonie et impaludisme.

M. *Netter* (de Nancy) relate une observation datant de 1859, dans laquelle il s'agit d'un individu qui, en possession de la diathèse palustre, fut atteint brusquement d'une pneumonie ayant très probablement la même origine, car au lieu de suivre sa marche ordinaire, la maladie présentait une certaine intermittence. On prescrivit le sulfate de quinine comme essai et peu de jours après la convalescence était parfaite.

L'auteur pense que dans les pneumonies anormales, il serait bon d'examiner le malade non seulement matin et soir, mais encore plusieurs fois durant la journée, sans quoi quelque rémission insolite pourrait passer inaperçue. Si M. Netter n'avait pas, par hasard il est vrai, examiné son malade pendant la rémission fébrile, il n'eût pu reconnaître la nature particulière de l'affection.

Des causes prochaines de la mort de l'individu dans les maladies.

M. Fauvelle pense qu'on ne peut plus considérer la vie comme un résultat de l'action réciproque des poumons, du cœur et du cerveau. Le corps humain est un composé d'éléments anatomiques, dont la résultante est la vie. Parmi eux, comme importance, il faut ranger les éléments nerveux, qui sont l'origine de l'influx ; c'est à eux que doivent être ramenés tous les actes de la vie, depuis le plus humble acte de la vie végétative jusqu'au plus élevé de l'échelle intellectuelle!

La vie est la conséquence de l'apport simultané de l'oxygène destructeur et des albuminoïdes, éléments réparateurs ; que cet apport cesse, la mort s'ensuit. Elle est moins certaine lorsque la circulation introduit des substances toxiques qui altèrent directement les éléments nerveux ou entravent le mouvement de décomposition et de reconstitution

Toute la pathologie peut être ramenée à ces trois causes morbigènes agissant sur les éléments nerveux : le praticien ne doit jamais perdre de vue l'asphyxie, l'inanition et l'intoxication des éléments nerveux comme cause prochaine de la mort de l'individu dans les maladies.

Le son tympanique dans la pneumonie (1).

M. *Bernheim* (de Nancy). — Le son tympanique s'observe fréquemment dans la pneumonie franche. Lorsqu'il existe une hépatisation du lobe inférieur, on le perçoit très souvent en avant dans les premiers espaces avec un bruit de pot fêlé.

Ceci s'explique par le relâchement du lobe supérieur du poumon et par l'augmentation de volume du lobe inférieur. Les cloisons alvéolaires n'étant plus tendues, l'air qu'elles contiennent vibre seul à la façon de celui qui est contenu dans une vessie : d'où un son tympanique plus ou moins bref selon la tension de l'air contenu dans les alvéoles.

M. Bernheim a observé deux cas dont un suivi d'autopsie où le son tympanique se percevait au niveau même de l'hépatisation. C'est alors l'air des grosses bronches qui vibre, l'hépatisation du parenchyme jouant le rôle de résonnateur, et augmentant l'intensité des vibrations. La condition essentielle est que les bronches soient vides, qu'il n'y ait pas, en d'autres termes, de bronchite concomitante.

A propos d'un nouveau cas de rage.

On lisait dans le *Progrès Médical* du 11 septembre, sous la signature de notre ami, le Dr Chantemesse :

« Une petite fille de 6 ans, venue de Palerme, accompagnée de son père, est morte de la rage à l'Hôpital des Enfants-Malades dans la nuit du dimanche au lundi 6 septembre. Cette enfant avait été mordue à la paupière supérieure de l'œil droit par un chien enragé le 21 août dernier.

Le père s'était mis en route le 30 août avec sa fille pour venir à Paris demander les soins de M. Pasteur. Dès leur arrivée, le samedi soir 4 septembre, l'ambassadeur d'Italie les envoya au laboratoire de la rue d'Ulm.

On ne pouvait malheureusement douter dès ce moment que l'enfant présentât des symptômes de rage extrêmement accusés. L'hydrophobie, l'aérophobie, les spasmes de la gorge étaient très manifestes et ne permettaient pas de méconnaître que la terminaison fatale fût proche. Depuis 48 heures, le père avait remarqué les premiers signes inquiétants.

Au moment de l'entrée des deux Italiens au laboratoire de M. Pasteur, la maladie était trop avancée pour qu'on pût espérer l'enrayer par les inoculations préventives. La petite fille fut transportée à l'hôpital des Enfants-Malades et le traitement consista tout entier dans l'administration de substances narcotiques. Elle succomba au bout de 24 heures, soit 15 jours après la morsure.

Les circonstances de ce fait sont très remarquables. Elles démontrent qu'il y a des morsures de chien — morsures au visage, à l'œil — qui peuvent agir à la manière des plus cruelles morsures de loups, après une incubation de 12 jours, c'est-à-dire que l'apparition des premiers signes de rage se fait aussi vite que si la personne avait été trépanée et inoculée sous la dure-mère avec le virus le plus virulent.

Cette observation qui n'est point la seule de son espèce prouve combien dans certains cas la culture du microbe de la rage se fait rapidement dans les centres nerveux. Quelques jours, peut-être quelques heures perdues avant les inoculations préventives, peuvent laisser commencer cette culture cérébrale.

Qui ne sait que le vaccin de Jenner inoculé à une période avancée de l'incubation de la variole n'empêche pas celle-ci d'atteindre son complet développement ? Si cette petite Italienne était venue 2 ou 3 jours plus tôt à l'Institut Pasteur, on lui eût énergiquement fait les inoculations préventives. Elle aurait vraisemblablement succombé quand même et il se fût trouvé des personnes pour relever joyeusement cet insuccès. » A. Chantemesse.

La Rédaction du *Progrès* ajoutait ce qui suit : « Cette observation intéressante prouve en tout cas qu'un seul institut vaccinal ne saurait suffire pour toute l'Europe, et l'utilité qu'il y aurait, quand l'expérience aura décidé de la méthode Pasteur, à établir des instituts dans les différents pays de l'Europe. — Nous ajouterons qu'il y a lieu, avant de se prononcer définitivement sur l'efficacité du traitement de la rage par la méthode Pasteur, de demander des statistiques qui nous renseignent exactement sur l'état des inoculés depuis leur retour dans leur pays. — On n'ignore pas, en effet, que la durée de l'incubation rabique est très variable, qu'elle peut être très prolongée, et que l'inoculation elle-même pourrait peut-être aussi en prolonger la durée, etc. Nous pensons donc pour ces motifs et d'autres encore, qu'il est prudent, avant de préconiser et d'admettre définitivement la méthode Pasteur, d'attendre du temps des renseignements ultérieurs et complets. »

Le secret médical et l'affaire de la rue Cambon.

La question du secret professionnel revient sans cesse dans les préoccupations du moment. Aussi une assez vive émotion s'était-elle manifestée dans le monde médical parisien à propos d'un fait divers qui a été commenté, il y a une quinzaine de jours, dans toute la presse sous le nom d'affaire de la rue Cambon.

Un homme marié, qui avait reçu deux coups de revolver de sa maîtresse, Marie Arnould, était rentré au domicile conjugal, attribuant ses blessures à une attaque nocturne. Le chirurgien distingué de Paris qui avait été appelé à lui donner des soins aurait soupçonné la feinte, provoqué l'aveu du blessé et averti ensuite le commissariat de police. A priori nous n'avons pas voulu croire à la réalité de cette allégation des journaux et, pensant bien qu'il y avait là quelque erreur des reporters, nous n'a-

(1) Fin des communications médicales du Congrès de Nancy.

vons pas entretenu nos lecteurs de ce fait qui eût été grave. Nous sommes heureux aujourd'hui de reproduire le véritable récit adressé par le blessé lui-même à plusieurs journaux et qui innocente pleinement le chirurgien suspecté.

« Voici les faits. Je suis rentré chez moi vers 11 heures du soir avec mes blessures déjà pansées par un docteur que je ne vois pas la nécessité de nommer et que j'ai trouvé à grand'peine après plus d'une heure de recherches en voiture. Tous ses collègues étaient absents. Cette première nuit, je l'ai passée seul dans mon appartement, ma femme se trouvant momentanément absente.

Le médecin est venu me voir le lendemain matin, vers 8 heures, en me disant qu'il reviendrait avec un aide à midi pour faire l'extraction des balles. Dans l'intervalle, j'ai su que Marie Arnould était venue à mon domicile, et craignant d'autres actes de folie de sa part, j'ai prié mon docteur de dire au commissaire de police de passer chez moi, et c'est moi-même qui ai tout raconté au commissaire, lequel était accompagné d'un médecin de la Préfecture.

Vous voyez donc que ce que l'on a dit concernant notamment le médecin qui aurait cru devoir dénoncer les faits à la justice n'est pas exact. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 14 septembre).

M. Chauvel a publié un beau cas de **résection de l'articulation tibio-tarsienne.**

M. Dujardin-Beaumetz a fait une communication des plus intéressantes sur le sujet suivant :

Surmenage intellectuel des jeunes filles.

« Dans une précédente séance, M. Lagneau nous a fait une intéressante communication sur le surmenage intellectuel et la sédentarité des jeunes garçons et il nous a invités à fournir les documents que chacun de nous pouvait avoir sur ce sujet. Étant depuis de longues années chargé de soigner des jeunes filles placées dans divers établissements d'instruction publique et, en particulier, à l'Ecole normale primaire supérieure du département de la Seine, j'ai pensé qu'il n'était pas sans intérêt de vous signaler les remarques que j'ai pu faire sur elles en ce qui concerne la question du surmenage, qui préoccupe notre collègue.

Ces jeunes filles sont admises à quinze ans au minimum, à dix-huit ans au maximum, et restent trois ans dans l'établissement. Comme on en reçoit annuellement 25 sur 500 qui se présentent, les programmes d'entrée sont très chargés, et les candidates sont astreintes de ce fait à un travail excessif pendant l'année qui précède le concours. Les inconvénients de ce surmenage sont d'autant plus sérieux, qu'il se produit à l'époque de formation de la jeune fille, c'est-à-dire alors que l'application d'une hygiène sévère est d'autant plus nécessaire à sa santé. Ajoutons que ces jeunes filles sont le plus souvent dans une position de fortune précaire et que par suite leur nourriture ne répond toujours pas à leurs besoins.

Aussi constate-t-on, la première année surtout de leur présence dans l'établissement, qu'elles sont fréquemment sujettes à des accidents variés.

C'est d'abord la menstruation qui se supprime 50 fois sur 100 et qui ne reparaît qu'au bout de quelques mois de séjour dans l'établissement. Localement, on note une saillie exagérée de l'omoplate droite et une déformation de la colonne vertébrale, ainsi que de la myopie.

Au point de vue général, ce qui domine chez ces enfants, c'est de la chlorose et un état d'excitation tout spécial du système nerveux.

Ces accidents s'améliorent par la suite, et cela bien que le travail de l'école soit excessif, puisqu'il n'y a dans la journée que trois demi-heures de récréation, de six heures du matin à neuf heures du soir.

Les causes de cette amélioration proviennent de la suppression du travail des concours, le plus fatigant de tous, de l'hygiène excellente de l'établissement, de l'administration fréquente de douches. La troisième année est celle où les maladies sont de beaucoup les plus rares, parce que, aux causes précédentes, vient s'ajouter la nécessité où l'on se trouve de faire faire beaucoup de gymnastique, en raison de la présence de cette science dans le programme de l'examen final.

En résumé, il résulte des remarques que je viens de faire, que le désir exprimé par M. Lagneau dans sa communication est parfaitement justifié, qu'il est nécessaire, pour les jeunes filles qui se livrent à l'enseignement, de multiplier les exercices de corps et de diminuer l'étendue des programmes. »

M. Gustave Lagneau. — Je puis ajouter aux remarques si intéressantes de M. Dujardin-Beaumetz, que M. Alphonse de Candolle, M. le comte de Schafterburg et tout récemment M. le docteur Withers Moore, président du Congrès médical de Brighton, ont insisté sur la nocuité plus grande de la surcharge intellectuelle pour les jeunes filles, particulièrement pour les institutrices, que pour les jeunes gens ; c'est ainsi, par exemple, que la proportion des institutrices qui entrent dans des asiles d'aliénés est plus grande que pour les autres classes de la société.

On a dit que les accidents dus au surmenage pouvaient être le résultat des habitudes qui sont inhérentes à l'habitation dans les grandes villes. Tout en reconnaissant la nocuité de l'habitat urbain, et des mauvaises habitudes trop souvent prises par les élèves, cette nocuité me paraît considérablement accrue et favorisée par l'immobilité à laquelle on astreint les jeunes gens au lieu de leur faire dépenser leur activité naturelle dans des exercices physiques, jeux, marches militaires, etc. La résistance aux réformes universitaires qui pourraient être tentées sur ce point, reconnaissent diverses causes ; parmi celles-ci je citerai les suivantes :

Beaucoup de professeurs attribuant une importance prépondérante aux études scientifiques, historiques ou littéraires auxquelles ils consacrent leur vie, tendent de plus en plus à étendre les programmes de classes et d'examen, et ne trouvent pas de meilleur moyen d'occuper les élèves que de les maintenir immobiles à la salle d'études. Notre système universitaire suranné doit grandement être modifié. Sachons donner aux exercices physiques, aux promenades, une large part du temps actuellement donné aux travaux intellectuels. Le corps et l'intelligence se développeront simultanément au grand avantage de tous deux.

Au lieu d'examens encyclopédiques qui, placés à la fin des études, exigent un travail excessif et peu fructueux, pourquoi, en dehors du corps des professeurs, un corps d'examinateurs ne ferait-il pas passer chaque mois des examens partiels dans tous les lycées, collèges, pensions, institutions laïques ou religieuses? Déjà dans certaines écoles spéciales, dans certaines classes supérieures des lycées, on fait ainsi

passer des examens partiels et fréquents. Ces examens fréquents motiveraient un travail régulier, modéré et profitable. L'addition des points obtenus conférerait ou non le diplôme désiré. Pourquoi les ministères autres que celui de l'instruction publique exigent-ils les travaux les plus excessifs, trop souvent funestes, pour la santé des laborieux jeunes gens qui se préparent aux écoles spéciales, en particulier aux Écoles polytechnique, militaire, navale ? Cependant nos officiers ont grandement besoin de joindre les aptitudes physiques aux connaissances scientifiques.

M. Rochard. — Je suis de l'avis de mes deux collègues, et, tout en reconnaissant que, même au point de vue qui les préoccupe, l'enseignement tel qu'il est donné aujourd'hui est bien supérieur à celui d'autrefois, je crois qu'il y a lieu d'aller encore plus loin dans la voie qu'ils indiquent.

Il faudrait donc modifier les programmes et augmenter les récréations. Malheureusement ce n'est pas là chose facile. car on se bute à une routine qu'il est bien difficile de faire disparaître. Un jour que je montrais à un ministre de l'Instruction publique la santé florissante des pupilles de la marine auxquels on impose des exercices de corps pour le moins aussi longs que les exercices intellectuels, je lui faisais observer qu'il serait à souhaiter que l'on fit à nos enfants ce que l'on faisait à ces jeunes pupilles. Il reconnut le bien fondé de mon désir, mais il me fit remarquer que la réforme était des plus difficiles, et cela parce que ce n'était pas les institutions qu'il eût fallu modifier, mais bien la routine invétérée de nos instituteurs.

Maintenant, quant aux exercices du corps j'estime qu'ils gagneraient à être exécutés en liberté ; je crois mauvais le système des exercices méthodiques faits à heure fixe, que l'on impose aux jeunes gens. Ce que je dis des exercices de corps s'applique également aux exercices intellectuels, pour lesquels il y aurait tout avantage à laisser une grande liberté à l'enfant. En ce qui me concerne, je n'ai pas été surmené, j'ai été ce que l'on appelle au collège un mauvais élève, et je crois que je m'en suis fort bien trouvé par la suite, alors que j'ai pu aborder, l'esprit libre, le travail qui m'était imposé pour la carrière à laquelle je me destinais.

Ceci m'amène à dire qu'il y aurait avantage à retarder le moment où l'on fait entrer les enfants dans les écoles spéciales, la marine et même l'École polytechnique. Entrant dans ces écoles, l'esprit moins surmené, je suis convaincu que non seulement leur santé serait meilleure, mais qu'il en serait de même des études que l'on y impose.

M. Lagneau. — Ce que dit M. Rochard est parfaitement exact. C'est ainsi qu'on a remarqué, en Angleterre, que les enfants placés dans les écoles mixtes, où l'on exige autant de travail manuel que de travail intellectuel, étaient, aux examens, aussi savants que ceux provenant d'écoles où l'on ne s'occupait que de travaux intellectuels.

M. Larrey. — Je crois que la discussion si intéressante soulevée ici par M. Lagneau, n'a guère chance de provoquer les modifications que nous souhaitons tous voir introduire dans l'enseignement. Je crois que ce qu'il y aurait de mieux à faire serait de porter ces questions dans les congrès, où la plupart de nous se rendent de temps à autre, et où l'on rencontre des hommes ayant chacun de leur côté les compétences (administration, pédagogie, hygiène, médecine) nécessaires pour résoudre utilement ces questions.

MÉDECINE PRATIQUE

La furonculose et ses divers traitements.

Il n'y a guère de question de pathologie plus propre que celle-ci à mettre en lumière les conséquences pratiques des découvertes microbiologiques dans leurs applications à la thérapeutique. Tant qu'on n'a pas connu exactement la cause des furoncles, bien des traitements ont été essayés sans succès tandis qu'aujourd'hui, leur cause étant connue, la thérapeutique étiologique, la seule rationnelle, triomphe rapidement de cette maladie.

L'affection furonculeuse, *furonculose* de Hebra, est restée pendant longtemps l'opprobre de l'art, et son histoire peut être comparée à celle de la gale, qui, elle aussi, tant qu'elle a été considérée comme une maladie constitutionnelle, a défié la thérapeutique ; mais, aussitôt qu'on en a connu la nature parasitaire, elle fut justiciable d'un traitement rationnel qui, en tuant le parasite, permet de guérir en une heure et demie une maladie qui, dit-on, avait tourmenté pendant plusieurs années Napoléon, vainqueur de l'Europe.

Si nous examinons les diverses opinions émises sur la cause des éruptions de furoncles, nous verrons que la plus grande partie des observateurs anciens ont invoqué une cause interne, quelques-uns déclarant en ignorer la nature, d'autres affirmant explicitement telle ou telle cause.

Ainsi pour Marchal (de Calvi), Prout, Cheselden et Wagner, cette cause interne était le diabète ; pour Kochmann, la diathèse uricémique, la goutte ; pour Lailler, l'alcoolisme. Ensuite on a incriminé la diathèse lymphatique, puis la misère physiologique résultant d'une alimentation insuffisante ou des excès, la dyspepsie chronique ou gastricisme, la sénilité (Kaposi). Néanmoins on a toujours été surpris de la singulière contradiction par suite de laquelle les individus de constitution vigoureuse étaient, aussi bien que les individus grêles et cachectiques, exposés aux éruptions furonculeuses.

Poursuivant l'idée d'un poison interne, Brodie et Guérin imaginent de singulières ressemblances entre l'éruption furonculeuse et la variole, l'anthrax et la pustule maligne (Duchesne. Duparc).

A. Després (*Chirurgie journalière*, 1877) se déclare disposé à regarder le furoncle comme une gomme aiguë, supposant que les furoncles résultent d'infarctus, qui se déposent en certains points du corps par suite d'une intoxication générale, d'une auto-infection résultant d'une fatigue excessive. On ne voit pas trop ce qu'il y a de commun entre un furoncle et une gomme, car il n'y a aucune analogie anatomique entre ces deux produits pathologiques.

Quelques auteurs ont considéré les furoncles comme l'expression de crises favorables pour l'organisme, en se basant sur leur apparition dans la convalescence de certaines maladies aiguës, exanthème, dothiénentérie, pneumonie.

Puis vient la série des médecins qui ont invoqué presque uniquement des causes locales pour expliquer la genèse des furoncles ; par exemple l'irrita-

tion par frottement, la pression des habits, du col, de la selle, en y ajoutant la malpropreté et l'influence de la poussière.

La furonculose a été considérée comme endémique dans certains pays, à Bordeaux par exemple (Donné) et aussi comme épidémique par d'autres auteurs (Laycock, Tholozan, Cazin) ; mais ce n'est qu'à une époque assez récente que la notion de contagion, nettement établie, est venue éclairer toutes les particularités de l'histoire assez bizarre de la furonculose.

Dès l'année 1866, J. Startin (*Brit. med. Journal*) notait l'auto-inoculation des furoncles sur le corps des malades eux-mêmes par l'acte du grattage, la transmission d'individus à individus cohabitant ou ayant d'intimes contacts, l'apparition des furoncles sur les mains des chirurgiens, soit au niveau de quelque érosion de l'épiderme, soit consécutivement à la piqûre d'instruments tranchants incomplètement nettoyés après l'incision d'une tumeur furonculeuse.

Trastour (de Nantes) raconte l'histoire de religieuses qui, ayant soigné une des leurs affectée de furoncles, contractèrent des furoncles aux doigts, aux mains, aux avant-bras, à la face, et la seule personne de la communauté qui en fût exempte, quoiqu'elle lavât les linges souillés par les pansements, dut l'immunité à la précaution qu'elle avait prise de les laisser tremper longtemps dans un bassin plein d'eau, et de les toucher non avec les mains, mais avec un morceau de bois (*Bull. de l'Acad. des Sciences* 1880).

Lœwenberg (*Progrès médical,* 1880) rapporte une série de faits dans lesquels la contagion est indéniable; d'autre part, les recherches microbiologiques de Pasteur ont permis de démontrer le parasite jusqu'alors soupçonné.

Le microbe de la furonculose a été retrouvé par Loewenberg. Ce microbe descend le long du poil, comme par un fil conducteur, arrive au fond des follicules pileux et s'y multiplie si rapidement que bientôt un grand nombre de glandes sont pleines de colonies de micro-organismes qui provoquent une inflammation locale soit par une action purement mécanique, soit en produisant une substance irritante.

L'air et l'eau sont les véhicules des microbes des furoncles ; ainsi s'explique l'apparition des furoncles sur des parties découvertes du corps, ou fréquemment en contract avec des eaux impures employées pour le lavage quotidien ; ainsi s'expliquerait encore le fait, noté par Kaposi, que l'usage des douches a pu provoquer une éruption furonculeuse. Lorsqu'un furoncle a suppuré, le liquide qui s'en écoule, riche en microbes, vient souiller les parties voisines ou déclives de la peau et diffuse le mal, sans compter que les mains même du malade ou le déplacement du pansement peuvent devenir des agents de transport des microbes.

La notion de la nature parasitaire du furoncle n'exclut pas formellement certaines influences étiologiques antérieurement admises, de telle sorte que le microbe ne représente pas toute la maladie.

De quelque microbe qu'il s'agisse, celui de la furonculose comme celui de la tuberculose, il ne peut se développer que sur un terrain de culture favorable.

L'un comme l'autre, comme d'ailleurs la plupart de leurs congénères, transportés par l'air et par l'eau arrivent au contact de notre organisme et même s'y introduisent sans doute bien souvent sans qu'il en résulte de dommage pour nous tant que nous ne sommes pas en état d'opportunité morbide. C'est un thème que M. Ch. Bouchard a remarquablement développé dans son enseignement.

Il peut donc arriver que certains troubles de la nutrition, certains changements dans la constitution chimique de nos humeurs soient indispensables pour permettre aux microbes de la furonculose d'exercer dans nos glandes cutanées leur action défavorable. Ces changements de nos tissus et humeurs peuvent être connus, comme la glycémie, l'uricémie, l'absorption des produits d'une élaboration digestive imparfaite, etc.

La nature parasitaire du furoncle étant démontrée — que le microbe spécifique soit ou non celui qui a été décrit par Pasteur, Loewenberg et d'autres, — les moyens qui réussissent presque à coup sûr à guérir, ou en tout cas à empêcher la pullulation, dérivent de cette notion. Ces moyens sont nombreux et d'inégale efficacité ; ils ont été énumérés tous dans le travail si complet du Dr Gingeot, médecin des hôpitaux de Paris (*Bull. de thérap.* 1885), auquel nous les empruntons.

Le professeur Le Fort est partisan de l'incision prématurée du furoncle comme moyen abortif ; Guérin avait proposé le vésicatoire également pour faire avorter le furoncle; mais il vaut mieux recourir, dans ce but, aux agents parasiticides. Bretonneau et Velpau préconisaient à cette fin le nitrate d'argent, les acides énergiques, l'acide phénique, la potasse caustique, le nitrate acide de mercure, le chlorure de zinc, etc.

Plus récemment le nitrate acide de mercure a été employé avec un très grand succès par J. Startin, le premier, nous l'avons vu, qui ait affirmé la contagiosité et l'auto-inoculation du furoncle.

Il plaçait sur le clou un emplâtre d'opium, ouvert à la partie moyenne au niveau du point où devait porter la cautérisation ; puis, dans cette zone découverte il appliquait le caustique avec un pinceau de verre filé et terminait en recouvrant le tout d'un cataplasme enduit d'onguent napolitain.

Peter Eade opérait de même : mais après avoir touché la peau au sommet du furoncle avec le nitrate de mercure, il laissait en permanence comme topique une solution de quatre parties d'acide carbolique ou phénique dans une partie de glycérine (1876).

Hebra conseillait comme abortif une vessie contenant un mélange réfrigérant (sel marin et glace pilée), auquel Panas a substitué (*Gaz. des hôp.*, 1881) des compresses d'eau glacée renouvelées incessamment.

Planat (de Nice) a prétendu supprimer toute éruption furonculeuse par l'application d'une mixture d'extrait de feuilles fraîches d'arnica et de miel rosat. La teinture d'arnica unie à l'acide tannique, vantée par B. Halle (*Cincinnati Lancet,* 1873), agissait pro-

bablement par l'alcool et le tannin.— L'application répétée plusieurs fois par jour d'alcool camphré sur le furoncle aurait donné les meilleurs résultats à Simon (*France médicale*, 1872), et c'est aussi ce procédé, modifié par lui, que M. Gingeot croit préférable, alors que le furoncle réside sur les parties couvertes de vêtements. Voici en quoi consiste ce procédé : « On prépare un petit morceau d'ouate, auquel on donne une forme circulaire, plane et seulement un peu convexe du côté qui ne doit pas toucher la peau. La largeur de ce morceau varie selon les cas, mais doit toujours dépasser l'étendue de la lésion qu'on veut combattre. Avec un pinceau, on revêt la face cutanée du disque d'ouate d'une couche épaisse de mucilage de gomme au niveau du bord libre. Préparé ainsi, le disque s'applique sur le furoncle, excepté au niveau de la partie centrale du morceau d'ouate ; grâce à la gomme, l'adhérence à la peau est très suffisante et se maintient pendant la marche et les mouvements du corps. Cela fait, il est très facile d'imprégner d'alcool camphré le revêtement d'ouate du furoncle ; il n'y a qu'à verser goutte à goutte le liquide sur la ouate, soit directement de la bouteille, soit avec un compte-gouttes ou un pinceau. Grâce à l'épaisseur et à la nature spongieuse de l'ouate, l'humidité persiste pendant un temps relativement long. Le malade peut vaquer à ses affaires et, au premier moment de loisir, arroser de nouveau d'alcool camphré.» Il paraît que ce traitement, institué dès le début, peut faire avorter les furoncles et surtout les empêcher de proliférer.

La teinture d'iode, préconisée par Boinet, vers 1865, n'agit pas autrement que l'alcool camphré et est encore plus simple. Elle est un parasiticide pour les microbes du furoncle aussi bien par l'alcool que par l'iode. On fait des badigeonnages abondants sur le furoncle jusqu'à ce qu'il se forme à son niveau une couche épaisse de teinture donnant une teinte brun foncé et on recommence plusieurs fois par jour les jours suivants. C'était la méthode dont se servait déjà avec succès le syphiligraphe Cullerier contre les bubons vénériens, en combinant son emploi avec les vésicatoires volants.

Une particularité peu connue au cours de la furonculose est que les pustules d'ecthyma et les bulles de pemphigus se mélangent parfois aux furoncles et que bulles et pustules peuvent à un moment donné de leur évolution se transformer à leur tour en furoncles par suite de l'inoculation des schizomicètes furonculeux sur un terrain bien préparé. La déduction pratique de ce fait, c'est qu'il faut, chez les personnes atteintes de furonculose, badigeonner de teinture d'iode toute apparence d'ecthyma ou de pemphigus qui se trouve dans le voisinage.

La teinture d'iode doit être très concentrée pour exercer véritablement une action parasiticide.

Küss (de Strasbourg) et Bach ont proposé l'emploi d'une solution concentrée de chlorate de potasse. Plus récemment Loewenberg a vanté l'acide borique en solution concentrée pour fomentations : ce topique est surtout préférable pour traiter les furoncles du visage ou du conduit auditif. Loewenberg conseille, en outre, de percer le furoncle ou mieux la glande qui commence à en être le siège avec la pointe du bistouri suivant la direction du poil implanté au sommet, de manière à mettre à découvert les germes et à permettre à l'agent antiseptique de les détruire plus facilement.

Il ne s'agit pas seulement de guérir les furoncles, mais aussi d'éviter les récidives et de remédier à la disposition en vertu de laquelle l'organisme offre une réceptivité particulière à la furonculose. La médication évacuante (purgatifs et vomitifs), vantée par Rayer, est abandonnée par la plupart des auteurs contemporains. Il n'y a pas d'indication à administrer l'ipéca, le tartre stibié ou les sels purgatifs, à moins que le furonculeux ne présente aussi des signes de catarrhe gastro-intestinal. Or combien d'individus couverts de furoncles conservent néanmoins un excellent appétit et une digestion convenable !

L'arsenic a été très employé par M. Hardy, Schweich, Delioux de Savignac, qui rangeaient les furoncles parmi les affections dartreuses. Ils y ajoutaient l'usage des alcalins ou des balsamiques, l'eau de goudron (Hardy). Les succès qu'ils ont eus ne prouvent nullement que l'arsenic et les alcalins aient une action directe sur les manifestations furonculeuses, puisque l'arsenic, en réveillant la vitalité de l'organisme, en stimulant le système nerveux et les alcalins, en faisant disparaître la dyspepsie, ont pu exercer une influence indirecte favorable et permettre à l'organisme fortifié de devenir un moins bon terrain de culture pour les microbes.

Nous pensons que c'est surtout par des méthodes externes qu'on doit agir sur la peau afin de la préserver contre les parasites du furoncle. Il faudra se garder, par exemple, de remettre en contact avec la peau un vêtement qui avait été contaminé par le pus de furoncles antérieurs, car beaucoup de personnes de la classe pauvre, qui ne peuvent changer facilement de vêtements, rendent ainsi interminable la furonculose. Les caleçons et pantalons sont particulièrement à craindre, parce que le frottement qu'ils exercent sur les aines, les genoux peuvent apporter de nouveaux microbes sur ces régions. On peut dire la même chose des vêtements en contact avec les aisselles, gilets de flanelle, chemise, tricots. Lorsque le patient ne peut sacrifier cette partie de ses vêtements, il faut la faire désinfecter à l'étuve, avec des fumigations d'acide sulfureux ou le séjour prolongé dans l'eau bouillante.

Comme moyen préventif, Loewenberg prescrit les ablutions de tout le corps avec des solutions d'acide borique dans l'eau et, pour que l'activité du remède soit plus grande, il conseille d'ajouter à la solution saturée à froid un peu d'acide en poudre et d'élever la température du liquide de manière qu'il soit tiède quand on s'en sert ; la chaleur dissout l'excès d'acide et la concentration de la solution augmente. Grâce à ces lotions, les microbes, qui ont pu se disséminer sur la surface cutanée, et qui n'ont pas encore pénétré dans les glandes sébacées, se trouvent détruits : de plus, par suite de l'évaporation, une couche d'acide borique restera adhérente à la peau et continuera les effets prophylactiques de l'ablution.

Kaposi, dans le même but, recommande les bains contenant 1 kilog. d'alun et 20 grammes de sublimé ; Hardy, les bains sulfureux.

L'action favorable des médicaments qui s'éliminent par la voie cutanée, alors qu'ils sont doués d'un certain pouvoir antiseptique, explique la réussite de l'eau de goudron, que Hardy considère comme un adjuvant du traitement avec l'arsenic et les alcalins. L'eau de goudron doit pourtant être aussi concentrée que peut le tolérer l'estomac.

Les deux moyens, qui semblent dignes d'une confiance toute spéciale, parmi les agents de la médication interne sont les hyposulfites et les sulfureux.

L'*hyposulfite de soude* est appuyé par l'autorité de Duncan Bulklay (de New-York). Il se prend sous forme de solution composée de 30 grammes d'hyposulfite dans 300 grammes d'eau distillée : une cuillerée à café de cette solution trois ou quatre fois par jour, diluée dans le quart ou la moitié d'un verre d'eau pure ou sucrée. Si la diarrhée survient, et cela arrive quelquefois, on suspend le remède.

L'honneur d'avoir indiqué les propriétés curatives des sulfures de potasse, de soude et de calcium contre les furoncles revient à Sydney-Ringer. De même que Hardy conseillait les bains sulfureux, Ringer ordonnait les sulfures pour modifier la constitution, d'une façon empirique, sans s'expliquer de quelle manière ils étaient utiles. La dose qu'il prescrit est de 6 milligr. de sulfure de calcium toutes les deux ou trois heures. Les eaux sulfureuses naturelles semblent moins propres que les solutions artificielles à produire une rapide saturation de l'organisme par le soufre. Il est facile de faire prendre au malade quotidiennement, à intervalles plus ou moins éloignés, de deux à huit doses de 10 centigr. de sulfure de calcium pulvérisé, qu'on fait dissoudre dans une petite quantité d'eau ou mieux de lait, dont on peut masquer la saveur par l'addition de quelque essence aromatique, comme la menthe, l'anis, la mélisse, etc., suivant le goût du malade.

Si on veut continuer la cure pendant un temps assez long, il faut éviter de faire naître l'intolérance des voies digestives : on commencera donc par tâter la susceptibilité individuelle en prescrivant des doses faibles, qu'on augmentera ensuite graduellement.

Malgré cette précaution, il se rencontrera un certain nombre de personnes dont l'intolérance se manifestera à propos de doses modérées ou même minimes, soit que leur tube digestif soit particulièrement irritable, soit qu'il se produise une congestion des voies respiratoires suivie d'hémoptysie, par suite de l'élimination d'une bonne partie de l'acide sulfhydrique par ces voies.

Il convient de rappeler comment se comportent les sulfures qu'on a introduits dans l'organisme. Après l'ingestion d'une eau sulfureuse, une partie des sulfures est absorbée en nature, tandis que l'autre est décomposée par l'acide chlorhydrique du suc gastrique, qui donne naissance à de l'hydrogène sulfuré : celui-ci passe dans le sang en même temps que le reste de l'hydrogène sulfuré préexistant à l'état libre dans l'eau sulfureuse. Après cette absorption, dit Rabuteau (Eléments de thérapeutique et de toxicologie) on constate qu'une certaine quantité d'acide sulfhydrique s'élimine par les voies respiratoires et cutanée et que les urines contiennent un excès de sulfates. En effet, Wohler a démontré depuis 1824 que les sulfures s'oxydent dans l'organisme, et, si la dose ingérée est forte, les urines reçoivent et éliminent une partie de ces sulfures en nature, comme le prouve la réaction par les sels de plomb qui se colorent en noir. — Un état pathologique des reins, dont l'épithélium peut être intéressé par une néphrite ou irrité par le passage du sucre chez les diabétiques, serait peut-être une contre-indication à l'usage des sulfureux, et c'est probablement aussi pourquoi Ringer, partisan des sulfures dans la furonculose, faisait une exception pour les furoncles des diabétiques.

Le traitement par les sulfureux doit être continué pour produire des effets durables, et il sera opportun aussi d'en reprendre l'usage pendant trois ou quatre semaines après un ou deux mois de repos.

Par l'association des moyens parasiticides externes et internes, on pourra donc triompher de la furonculose, qui autrefois faisait le désespoir de tant de malades et d'individus bien portants d'ailleurs, en leur causant des tourments et des dégoûts continuels.

Et ce n'est pas là un des moindres bénéfices de la médication antiparasitaire, qui dérive naturellement de la pathogénie microbiologique.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Le projet de loi militaire et les Pharmaciens. — Le projet de loi sur l'exercice de la pharmacie jugé par les pharmaciens.

Nous lisons, dans le *Répertoire de Pharmacie*, l'article qui suit. Nous nous associons aux doléances des Pharmaciens en ce qui concerne la situation que leur créerait le projet de loi militaire. Mais nous remarquons aussi leur trop grande préoccupation en ce qui concerne la subordination aux médecins. Cette subordination est chose normale, nécessaire. Le médecin prescrit ; le pharmacien exécute. Pourquoi se plaindre avec amertume de cette situation si logique ? Pourquoi alléguer comme argument que les médecins ne sont pas aptes à exercer, dans l'armée, la pharmacie qu'ils exercent sur la plupart des navires de l'Etat ? Les médecins ne dédaignent pas la pharmacie.

On leur enseigne cette branche de l'art de guérir; on demanderait, au besoin, que leurs études sur cette matière fussent plus approfondies. Mais ce n'est assurément pas en daubant sur les médecins, que les pharmaciens pourront se faire rendre justice.

En effet, du même journal nous extrayons encore les réflexions de l'un des rédacteurs du *Bulletin* sur les articles du projet de loi sur l'exercice de la pharmacie.

Les prétentions des pharmaciens sont excessives. Ils raisonnent absolument à leur point de vue. Ils s'isolent du médecin, ils tirent à eux toute la couverture. Nous leur répétons encore que, pour réussir à faire adopter des articles, il faut se concilier l'ap-

probation des nombreux médecins qui siègent heureusement dans les Chambres.

Le projet de loi des pharmaciens doit être largement amendé. Les médecins doivent avoir la parole après les pharmaciens ; et ce n'est que justice !

Notre conviction profonde est que le seul projet viable et susceptible d'adoption serait celui que discuteraient ensemble 10 médecins et 4 pharmaciens assemblés. Nous connaissons des syndicats qui ont admis les deux genres de praticiens. Nous les exhortons vivement à mettre à leur prochain ordre du jour la question de la loi sur la pharmacie. Qu'ils se hâtent ; le terrain est déblayé ; qu'ils fassent leur projet ; nous l'exposerons avec empressement.

A. C.

Les Pharmaciens devant le projet de loi militaire (1).

« Nous avons reçu, trop tard pour l'insérer dans notre dernier numéro, qui était déjà sous presse, la lettre que nous publions ci-dessous adressée au président de la Société de pharmacie de Paris sur la situation faite aux pharmaciens par le nouveau projet de loi militaire. Cette lettre est un commentaire lumineux des mesures d'ostracisme dont n'a pas craint de prendre l'initiative une commission parlementaire à l'égard d'une corporation dont les services tant dans l'armée que dans la vie civile ne sont plus à compter.

« Ce n'est pas, en effet, sans un sentiment de douloureuse surprise que nous avons pris connaissance des divers articles du projet qui concernent notre profession. Si ce projet était adopté tel quel, non seulement le pharmacien disparaîtrait de l'armée, mais le diplôme de pharmacien civil deviendrait un parchemin si illusoire, si déconsidéré, que nous aimons à croire que personne n'en voudrait plus. Aussi la Société de pharmacie de Paris s'est-elle empressée de nommer une commission qui a reçu mandat de faire valoir les légitimes réclamations du corps pharmaceutique et de protester contre la situation humiliante que le projet de loi crée à ce dernier.

« Nous aimons à croire que le gouvernement, mû par un sentiment d'équité, fera droit aux justes réclamations de la Société de pharmacie.

Paris, le 5 juillet 1886.

Monsieur le Président,

Je crois devoir appeler l'attention des Écoles et des Sociétés de pharmacie sur certaines dispositions du projet de loi organique militaire qui vient d'être déposé à la Chambre des députés, et, dans cette intention, je vous fais parvenir l'analyse de ce projet, en ce qui concerne notre profession.

L'article 23 ne mentionne pas les Écoles de pharmacie parmi les établissements dont les élèves pourront obtenir un troisième et quatrième sursis d'une année, afin d'achever leurs études avant d'accomplir leurs trois années de service de l'armée active.

C'est là très probablement un oubli.

L'article 53 autorise à ne pas rejoindre immédiatement, dans le cas de convocation par voie d'affiches et de publication sur la voie publique, quand ils font partie de l'armée territoriale :

1° Les pharmaciens des établissements généraux de bienfaisance ;

2° Les pharmaciens, internes des asiles publics d'aliénés ;

3° Les pharmaciens chefs de service des hospices,

sous la condition qu'ils occupent ces emplois depuis trois mois au moins.

Ils attendent, au poste qu'ils occupent, les ordres de l'autorité militaire. Ils sont alors soumis à la juridiction des tribunaux militaires.

C'est encore par oubli, sans doute, que l'on n'a pas inscrit sur cette liste les professeurs et agrégés des écoles supérieures de pharmacie, des écoles de plein exercice et des écoles secondaires.

L'article 225 supprime le corps des pharmaciens militaires (1).

Cette suppression entraîne celle des pharmaciens de la réserve et de l'armée territoriale.

Alors que les docteurs en médecine serviront comme médecins avec le grade d'adjudant dans l'armée active, et généralement avec celui d'officier dans les autres portions de l'armée, que les officiers de santé eux-mêmes seront appelés à servir avec le grade d'adjudant, les pharmaciens diplômés seront appelés comme soldats.

Cette situation, qui constitue déjà une position inférieure pour le pharmacien, n'aurait cependant rien de redoutable en elle-même si les pharmaciens diplômés devaient être employés dans l'armée seulement à titre de soldats.

Mais qui de nous ignore que les médecins militaires qui vont prendre en main les services pharmaceutiques de l'armée ne seront pas aptes aux fonctions qu'on veut leur imposer et que la plupart d'entre eux professent pour elles un profond dédain ?

Ils seront, par conséquent, enchantés d'avoir sous la main des infirmiers capables de faire leur service ; ces infirmiers, la chose est certaine, ne seront autres que les pharmaciens diplômés.

Ceux-ci seront à la peine, les médecins à l'honneur.

La loi du 16 mars 1882, qui a subordonné les pharmaciens militaires aux médecins, a marqué un premier envahissement de la médecine sur la pharmacie ; la suppression des pharmaciens militaires est une deuxième étape dans la même voie, et bien plus grave encore.

C'est un mauvais augure pour la loi sur l'exercice de la pharmacie actuellement soumise à l'examen de nos législateurs.

Subordonnés en fait, et dans de déplorables conditions, aux médecins pendant la durée de leur service militaire, les pharmaciens auraient ensuite beaucoup de peine à recouvrer le prestige et l'indépendance qu'ils doivent avoir dans la pratique civile; et si la loi était adoptée sans modifications, nous devrions nous attendre à voir sombrer sous cette mesure l'honorabilité même de notre profession.

Il est donc urgent d'aviser.

J.-B. Dreyer,
Ancien Pharmacien militaire, etc.

Voici, d'autre part, les réflexions qu'inspire au « Répertoire de pharmacie » le *Projet de loi sur la Pharmacie* :

« Le texte suivant a été arrêté provisoirement par la Commission. Ce texte sera communiqué aux ministres de l'instruction publique et du commerce

(1) Extrait du *Répertoire de pharmacie*.

(1) Il est bon de faire remarquer qu'un récent décret du Président de la République, portant réorganisation du service de santé de la marine, non seulement maintient intacts le cadre et les attributions des pharmaciens, mais encore exige (art. 12) le titre de pharmacien universitaire de 1re classe pour l'emploi de pharmacien auxiliaire de 2e classe, titre qui n'avait pas été exigé jusqu'ici. (*Journal Officiel*, 26 juin, p. 2854.)

pour leurs observations. Ce n'est qu'après les réponses des ministres que la commission statuera définitivement et nommera le rapporteur.

« De plus, la commission, ne voulant pas créer une nouvelle classe de fonctionnaires, paraît décidée à maintenir l'inspection telle qu'elle existe actuellement. Un article à ce sujet sera introduit dans le projet.

Texte arrêté par la Commission chargée d'examiner le projet de loi sur l'exercice de la Pharmacie (1).

Art. 1er — Nul, Français, ou étranger, ne peut exercer la profession de pharmacien s'il n'est pourvu d'un diplôme de pharmacien obtenu en France ou dans une des colonies françaises et s'il n'a rempli les formalités prescrites par la loi.

Art. 2. — Désormais il ne sera plus délivré qu'un seul diplôme de pharmacien. Le diplôme de pharmacien de 2e classe sera supprimé. Toutefois il sera encore délivré aux élèves qui auront pris une ou plusieurs inscriptions de stage ou de scolarité avant la promulgation de la présente loi, mais dans un délai qui ne pourra excéder 8 années à partir de cette promulgation.

Art. 3. — Tout pharmacien, avant de prendre possession d'une officine déjà établie ou d'en établir une nouvelle, devra en faire la déclaration et produire son diplôme au Préfet du département ou au sous-Préfet de l'arrondissement.

Art. 4. — Aucun pharmacien ne peut tenir plus d'une officine ; il ne peut faire dans son officine aucun autre commerce que celui des drogues et des médicaments et, en général, de tous les objets se rattachant à l'art de guérir. Il doit avoir son nom inscrit sur ses étiquettes et sur ses factures ; il doit, en outre, indiquer par une étiquette spéciale les médicaments destinés à l'usage externe.

Art. 5. — Toute association entre pharmaciens et non pharmaciens est licite sous condition que l'officine sera gérée par un pharmacien diplômé dont la présence y sera constante. Toutefois, sont formellement prohibées : toute association entre un pharmacien, un médecin ou un vétérinaire, dans le but d'exploiter une officine ou de vendre un médicament quelconque ; toute convention par laquelle un médecin ou un vétérinaire retireraient quelque gain ou profit sur le prix des médicaments vendus par le pharmacien et, généralement, toute entente entre lesdites personnes.

Est également prohibé l'exercice simultané de la médecine et de la pharmacie, même aux personnes qui seraient pourvues du double diplôme, sauf l'exception prévue à l'article suivant.

Art. 6. — Les médecins pourront, en cas d'urgence, fournir sur place des médicaments aux malades auprès desquels il seront appelés et dont la résidence sera éloignée de 5 kilomètres au moins de toute pharmacie, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. Les médecins qui useront de cette faculté seront soumis à toutes les obligations imposées aux pharmaciens par les lois et règlements en vigueur, à l'exception de la patente.

Les vétérinaires diplômés pourront librement distribuer des médicaments destinés aux animaux.

Art. 7. — Toute substance constituant un médicament simple ou composé, sous quelque forme que ce soit, peut, sauf l'exception prévue par l'article suivant, être librement délivrée par le pharmacien avec son étiquette, et ce, sans qu'il puisse être dérogé aux lois sur l'exercice illégal de la médecine. Le médicament ainsi vendu devra porter sur l'étiquette le nom de la substance ou des substances actives qui en forment la base.

L'obligation relative à cette indication ne s'applique pas aux médicaments préparés pour un cas particulier sur la prescription d'un médecin, pourvu que cette prescription soit rédigée de manière à pouvoir être exécutée dans toutes les pharmacies. Elle ne s'applique pas non plus à ceux qui sont inscrits dans le Codex, à la condition qu'ils soient vendus sous la même dénomination que celle du Codex.

Art. 8. — Sont exceptés des dispositions de l'article précédent les substances simples toxiques et les médicaments composés doués de propriétés vénéneuses qui sont nominativement désignés dans le décret du 8 juillet 1850 ou qui le seront soit dans le règlement d'administration publique prévu à l'article 17 de la présente loi, soit dans les décrets ultérieurs.

Ces substances, quelle qu'en soit la dose, ne pourront être délivrées par les pharmaciens que sur la prescription qui en sera faite par les médecins, ou ceux qui ont le droit de signer une ordonnance. Si les pharmaciens conservent l'ordonnance médicale, ils devront immédiatement en délivrer une copie conforme.

Art. 9. — Peuvent être librement vendus et distribués tous les médicaments d'un usage courant et d'une administration sans danger, dont la nomenclature sera insérée au Codex. Tous autres médicaments ne pourront être vendus et distribués au détail que par les pharmaciens ou les personnes dûment autorisées par la loi.

Art. 10. — La fabrication et le commerce en gros des drogues simples et des produits chimiques destinés à l'usage de la médecine sont libres. Mais il est interdit à toutes les personnes faisant ce commerce ou se livrant à cette fabrication de débiter et de livrer aux consommateurs, à doses médicinales, aucunes drogues ou préparations pharmaceutiques autres que celles dont il est parlé à l'article 9.

Art. 11. — A l'avenir il ne sera plus délivré de certificats d'herboriste. Celles des plantes médicinales fraîches ou sèches dont la vente libre sera reconnue sans danger seront comprises dans la nomenclature qui doit être dressée en conformité de l'article 9 de la présente loi.

Art. 12. — Les établissements publics, les hôpitaux ou hospices, les communautés laïques ou religieuses, les Sociétés de secours mutuels, les Sociétés commerciales, industrielles, coopératives et généralement toutes associations possédant un personnel nombreux, pourront avoir une pharmacie, sous la condition expresse de la faire gérer par un pharmacien diplômé qui en aura la direction effective et exclusive ou par le médecin de l'établissement quand il s'agira d'un hôpital ou hospice. Ne pourront, lesdits établissements, hôpitaux, communautés, associations ou sociétés, vendre et distribuer au dehors aucun médicament d'aucune sorte ; leurs officines ne seront pas ouvertes au public.

Art. 13. — Après le décès d'un pharmacien, sa veuve ou ses héritiers pourront, pendant un temps qui ne devra pas excéder une année à partir du jour du décès, maintenir son officine ouverte en la faisant gérer, soit par un pharmacien, soit par un élève

(1) Nos lecteurs pourront comparer ce texte avec celui du projet de loi lui-même, que le *Concours médical* a publié (numéro 13 de cette année). (*N. de la Réd.*)

ayant terminé son stage légal ou agréé par une école de pharmacie.

Art. 14. — Il sera publié tous les dix ans une édition d'un formulaire officiel du Codex, rédigé en langue française et en langue latine.

Le Codex renfermera : 1° les formules et le mode de préparation des médicaments composés les plus employés dans la médecine humaine et vétérinaire, dont la vente bénéficiera de l'exception prévue au paragraphe 4 de l'article 9 ; 2° la liste des substances toxiques désignées dans le decret du 8 juillet 1850 ou qui le seront dans le règlement prévu par l'article 17 de la présente loi et dans les décrets qui pourraient intervenir par la suite ; 3° la liste des plantes et préparations désignées à l'article 9 dont la vente sera libre.

Une Commission permanente instituée près des ministres de l'Instruction publique et du Commerce sera chargée de la rédaction du Codex et, s'il y a lieu, de la publication de fascicules annuels. Elle établira aussi les deux listes ci-dessus mentionnées qui doivent être annexées au Codex.

Cette Commission sera composée, en nombre égal, de professeurs des facultés de médecine, de professeurs des Ecoles supérieures de pharmacie et de pharmaciens tenant une officine. Deux vétérinaires en feront également partie.

Tout pharmacien devra être pourvu de la plus récente édition du Codex et de ses suppléments. Une nouvelle édition du Codex sera publiée dans une période d'un an, à partir de la promulgation de la présente loi.

Art. 15. — Toute infraction aux dispositions de la présente loi sera punie d'une amende de 16 francs à 3,000 francs, et ce, sans préjudice des pénalités de droit commun en cas de crime ou de délit. L'article 463 du Code pénal sera applicable dans tous les cas.

Art. 16. — Sont et demeurent abrogés : 1° l'arrêt du Parlement de Paris du 23 juillet 1748 et tous les arrêts, édits, déclarations et règlements qui y sont rappelés ; 2° la déclaration du roi du 27 avril 1777 ; 3° la loi du 14 avril 1791 ; 4° la loi du 21 germinal an XI ; 5° l'arrêté du 25 thermidor an XI ; 6° la loi du 29 pluviose an XIII ; 7° le decret du 25 prairial an XIII ; 8° le décret du 18 août 1810 ; 9° l'ordonnance du 8 août 1816 ; 10° la loi du 28 juillet 1838 ; 11° les articles 14 et 15 et tout ce qui dans les autres articles a trait aux pharmaciens de 2e classe et aux herboristes, du décret du 22 août 1854 ; 12° le décret du 23 mars 1859 ; 13° la loi du 5 décembre 1866 ; et tout texte contraire à la présente loi.

Art. 17. — Dans les six mois qui suivront la promulgation de la présente loi, il sera rendu un règlement d'administration publique portant révision de l'ordonnance du 29 octobre 1846 et du décret du 8 juillet 1850.

Art. 18. — Les pharmaciens de 2e classe pourront, à partir de la promulgation de la présente loi, exercer librement sur tout le territoire de la République.

« Nous nous abstiendrons de faire ressortir les conséquences désastreuses de l'adoption des articles 5, 6 et 12 pour les pharmaciens qui exercent actuellement. Il est trop visible que les commissaires nommés par la Chambre sont étrangers à la profession et qu'ils n'ont eu qu'une préoccupation : servir les intérêts des médecins, dont la Chambre compte de nombreux membres.

« Nous nous bornerons à dire, avec M. C. Duval, député, auteur du projet de loi, en réponse à une lettre de M. Mordagne, président de la Société de Pharmacie du Sud-Ouest, que « la commission parlementaire a modifié ce projet de manière à le rendre inacceptable pour nous » (1).

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Solution antiseptique.

Acide thymique.........	1 gramme.
Alcool à 90°............	4 grammes.
Eau distillée............	995 —

En lotions, injections, inhalations.

Traumaticine.

C'est une solution de gutta-percha dans le chloroforme à laquelle on incorpore des substances médicamenteuses, qui adhèrent ainsi à la peau et agissent localement. La gutta-percha, abandonnée sous forme de couche mince par l'évaporation du chloroforme, soustrait la peau aux frottements extérieurs.

Formule.

Chloroforme..............	8 parties.
Gutta-percha.............	1 partie.

La substance médicamenteuse ajoutée à cette solution doit être soluble dans le chloroforme ou pouvoir y être tenue en suspension.

Dents de sagesse.

(Delioux de Savignac.)

Glycérolé d'amidon......	10 gr.
Borax porphyrisé........	1 gr.
Safran pulvérisé........	50 centigr.
Teinture de myrrhe....	10 gouttes.

M. pour collutoire.

Des frictions douces et répétées sur les gencives combattent les douleurs vives accompagnant l'éruption des dents de sagesse.

On peut utiliser également contre les douleurs des gencives et des dents, provoquées par les éruptions dentaires, les propriétés éminemment calmantes du chlorhydrate de cocaïne (en solution dans l'eau distillée au 1/50).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Chambre syndicale des médecins du Médoc.

Réunion à Soulac le 5 août 1886

Douze confrères sont présents : MM. Amanieu, Bos, Durand, Fauchey, Garry, Lartigue, Laylavoix,

(1) *Répertoire de Pharmacie.*

Lebrun, Rafaillac, Trouche, Rabère et Dupeux, membre honoraire résidant à Bordeaux.

Notre confrère le Dr Abadie, de Bourg, de passage à Soulac, nous fait le plaisir d'accepter l'invitation qui lui est faite de se joindre à nous pour la journée.

Le confrère Lebrun, présent à la réunion, est proclamé membre du Syndicat.

Nos confrères les Drs Dupeux et Rafaillac rendent compte de la réunion du syndicat départemental qui vient d'avoir lieu à Bordeaux.

Une courte discussion s'engage sur le secret professionnel dans ses rapports avec les compagnies d'assurances sur la vie.

La chambre syndicale reconnaît que le médecin traitant est légalement obligé de garder le secret professionnel, mais que, dans la pratique, il n'est pas un médecin qui ne l'ait violé cent fois ; elle reconnaît, pour le cas spécial qui nous occupe, que le médecin traitant ne peut pas être obligé à délivrer un certificat de décès constatant la nature de la maladie, et s'il croit devoir le délivrer, il ne lèse point sa conscience médicale, mais il s'expose à être poursuivi en violation de la loi.

Quelques confrères ayant été requis par le ministère public ont éprouvé un certain embarras à percevoir les frais de justice criminelle : ce qui tient d'une part à certaines erreurs de rédaction et d'autre part à l'ennui qu'on éprouve à rédiger de toutes pièces ces mémoires; il a été décidé que le secrétaire enverrait à chaque membre du syndicat des mémoires tout imprimés (1).

Le bureau est ainsi composé pour l'année 1887 : *Président*, Dr Rafaillac. — *Vice-Président*, Dr Fauchey. — *Assesseurs*, Drs Amanieu, Laylavoix, Trouche. — *Secrétaire-Trésorier*, Dr Rabère. — *Secrétaire-Adjoint*, Dr Gorry.

Notre réunion s'est tenue à l'hôtel Santête où nous avons déjeuné selon le rite médocain, c'est-à-dire mêlant au bon vin les chansons, et le reste de la journée s'est employé en promenades sur les bords de la mer et dans la forêt.

Dr P. L. R.

Bureaux des syndicats pour 1886 (*Suite*)

Bureau du Syndicat du Bas-Anjou.

Président : Drs Lebiez.
Vice-Président : Cespré.
Secrétaire : Rabjean.
Secrétaire-Adjoint : Lusson.
Trésorier : Blanchard.
Assesseurs : Ollivier.
id. Belliard.
id. Letheule.

NOUVELLES

Allemagne. — On écrit de Leipzig à la *Semaine médicale* :

Le typhus vient d'éclater à Géra, dans une maison de la Thalstrasse, située en face du vieux cimetière. La plupart des locataires de cette maison ont été atteints ; quelques-uns ont succombé.

Jusqu'ici l'épidémie est restée localisée dans son foyer. On a attribué la cause à la mauvaise qualité de l'eau d'un puits qui alimente la maison, et que la municipalité s'est hâtée de faire assainir.

Dans cette même ville de Géra, de nombreux cas de trichinose s'étaient produits, au mois de novembre dernier. L'enquête, à laquelle il fut procédé à ce sujet, aboutit à la mise en cause d'un boucher, dans le magasin duquel on trouva encore une certaine quantité de viande trichinée. Le boucher déclina toute responsabilité, alléguant que tous les porcs qu'il égorgeait avaient été examinés par l'inspecteur des viandes. Une commission de Dresde fut d'avis que l'inspecteur pouvait être taxé de négligence ou de légèreté pour n'avoir pas découvert les trichines qui se trouvaient en grand nombre dans les viandes soumises à son examen, et, en conséquence, ledit inspecteur fut cité devant le tribunal correctionnel de Géra sous l'inculpation de « maladie causée à autrui par imprudence ». Il vient d'être acquitté.

Suisse. — Un cas d'empoisonnement par de la viande provenant d'un poulain malade abattu à la dernière heure est survenu à Wasen, près de Sumiswald. Tous les enfants qui ont mangé de cette viande sont tombés malades ; l'un d'eux est déjà mort, et quelques adultes, sans avoir mangé de cette viande infectée, ont été atteints d'une espèce de fièvre pour avoir seulement soigné ces enfants ; le nombre des malades est en ce moment de vingt-huit.

— Le *Journal officiel* a publié les listes de souscription pour la fondation de l'Institut Pasteur, depuis la cinquante-huitième jusqu'à la soixante-deuxième inclusé ; elles s'élèvent ensemble à la somme de 41,914 francs 66, ce qui forme un total à ce jour de 1,430,025 francs 36.

— Une cinquantaine de soldats appartenant à une compagnie d'infanterie ayant présenté des symptômes d'empoisonnement après avoir mangé de la morue, le ministre de la guerre vient de prescrire une enquête à ce sujet.

— Voici des chiffres qui mettent en lumière l'insalubrité de la ville de Marseille.

Si l'on compare la statistique des décès par maladies infectieuses relevés à Marseille pendant l'année 1885 avec celles que donnent les principales capitales, on trouve que le chiffre des décès annuels pour 100,000 habitants est, pour la fièvre typhoïde de 14 à Vienne, 17 à Londres et à Berlin, 19 à Bruxelles, 63 à Paris, **149** à Marseille ; pour la variole, de 9 à Paris et **91** à Marseille ; pour la diphthérie, de 22 à Londres, 80 à Paris, **98** à Marseille, 140 à Berlin ; pour la scarlatine, de 7 à Paris, 10 à Vienne, 17 à Londres, 20 à Bruxelles, **23** à Marseille, 31 à Berlin.

— Le jury du concours des prix de l'internat, définitivement constitué, se composera de MM. Balzer, Brun, Landrieux, Le Dentu, Merklen, Tarnier et Terrier.

Assistance publique. — *Personnel médical des bureaux de bienfaisance*. Messieurs les médecins du Ve arrondissement sont prévenus que le mercredi 22 septembre, il sera procédé dans une des salles de la mairie à l'élection d'un médecin. Le scrutin sera ouvert à midi et fermé à quatre heures.

Nomination d'un pharmacien en chef dans les asiles de la Seine. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. Thabuis, ancien interne des asiles de la Seine, après une série d'épreuves brillantes.

(1) Ceux de nos confrères qui ne sauraient où s'en procurer, peuvent s'adresser à l'Imprimerie administrative Radenez, à Montdidier (Somme).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Les méfaits du sirop de chicorée et des sages-femmes.

Notre distingué confrère, J. *Comby*, médecin des hôpitaux, qui au dispensaire de la Villette poursuit depuis plusieurs années l'étude des maladies de l'enfance, vient de lancer un énergique réquisitoire (1) contre « une drogue populaire qui, débitée non seulement par les pharmaciens, mais encore par les herboristes, entre largement dans les prescriptions des sages-femmes et des matrones ; cette drogue est un sirop composé de racines de rhubarbe et de chicorée ; elle porte le nom bien connu, trop connu de sirop de chicorée ».

M. Comby nous rappelle avec verve la désastreuse confiance qu'un antique usage a inspirée aux mères, aux nourrices et aux sages-femmes dans ce laxatif renommé. M. Comby, ayant interrogé à ce point de vue toutes les mères qui fréquentent son dispensaire, n'en a pas trouvé une seule qui n'eût employé le sirop de chicorée pour son enfant. Les enfants nourris au sein ne prennent que de petites doses du laxatif, parce que le meilleur état de leur tube digestif ne donne pas prétexte à l'emploi du médicament. Mais les enfants allaités artificiellement (biberon) ou alimentés prématurément de bouillies ou panades meurent souvent, dit Comby, victimes de l'usage intempestif, de l'abus du sirop de chicorée.

Comby cite le cas d'une petite fille de six semaines qui prenait, depuis sa naissance, deux cuillerées à café de sirop de chicorée par jour. Elle avait une diarrhée continuelle (selles vertes et fétides) et était parvenue au dernier degré de l'athrepsie. Nourrie au sein, cette enfant n'avait pas d'autre cause d'athrepsie que cet abus du sirop de chicorée conseillé par une sage-femme.

Comby prend texte de ces conseils intempestifs donnés par les sages-femmes pour leur reprocher, non sans raison, de propager dans les classes pauvres une foule d'idées erronées sur la médecine et l'hygiène infantiles. Outre qu'on les voit, au mépris de la loi, afficher des consultations, pratiquer ouvertement la gynécologie, la pédiatrie, ce sont elles qui, sous des prétextes futiles, autorisent et encouragent l'allaitement artificiel ; qui plaident la cause néfaste du biberon, de l'alimentation prématurée, des farines lactées, des farines d'avoine, etc.

Pour revenir au sirop de chicorée, Comby ne trouve aucune indication qui justifie l'emploi de ce purgatif.

« Si un nourrisson a la diarrhée, si les selles sont vertes et fétides, le remède est dans le retour à un allaitement bien ordonné, les purgatifs sont de nature à aggraver le mal. S'il s'agit d'une constipation plus ou moins opiniâtre, on veillera également au régime alimentaire trop souvent défectueux et en dernier ressort, on sera autorisé à administrer quelques lavements émollients. Il sera *toujours* facile d'éviter à un enfant à la mamelle l'ingestion d'un remède irritant pour son tube digestif. » Si on excepte les cas de maladie avérée et non provoquée par une erreur hygiénique, tout ce qu'on donnera à l'enfant, en dehors du *liquide vivant* qu'il puise directement à la mamelle, est mauvais (aliment ou remède).

(1) *Progrès médical*, 18 septembre 1886.

Du torticolis postérieur rhumatismal aigu chez l'enfant simulant la méningite au début.

M. le Dr *Legroux* a signalé cette erreur de diagnostic possible et les moyens de l'éviter. (*Encéphale*, n° 1). — Chez les enfants au-dessous de cinq ans, le torticolis postérieur aigu n'est pas

aussi rare qu'on le pense. Les enfants étant incapables d'expliquer ce qu'ils éprouvent, ce diagnostic est difficile, et comme les symptômes se rapprochent de ceux de la méningite tuberculeuse au début, il y a là une question de pronostic très importante à résoudre. — Les muscles de la nuque sont pris, sauf le sterno-mastoïdien, d'une immobilisation de la tête en opisthotonos, cris, pleurs, douleurs vives au moindre mouvement, etc.— Il faut, en pratique, avoir à l'esprit la possibilité du rhumatisme de la nuque et explorer la région.

Traitement de la congestion érythémateuse des mains.

Cet état, qui précède ordinairement les engelures et les ulcérations qui en sont la conséquence, est fréquent surtout chez les jeunes filles. Il faut le combattre par divers moyens, et cela dès l'origine.

Dans ce but, aussitôt que la saison froide commence, on doit faire prendre à ces sujets des bains de pieds ou de mains astringents, avec la décoction de feuilles de noyer. Les parties sont ensuite essuyées, puis frictionnées avec l'alcool camphré ; après ces frictions, elles doivent être recouvertes de la poudre suivante :

Amidon.................... 90 grammes
Salicylate de bismuth........ 10 grammes

Dans la journée les mains doivent être protégées par des gants. Contre les démangeaisons si vives du soir, on peut encore employer après les bains des frictions avec

Glycérine............ } *ââ* 50 grammes.
Eau de rose.......... }
Tannin................ 0,10 centigrammes.

La poudre indiquée plus haut devra être appliquée ensuite.

L'emploi combiné de ces divers moyens permet de combattre efficacement l'état congestif habituel et le développement exagéré des mains qui en est la conséquence. Quant aux engelures ulcérées, on les modifie très rapidement par l'enveloppement dans les feuilles de noyer ramollies par la décoction.

Infusion de fleurs de genêt comme diurétique.

Dans une étude très complète sur cette substance, M. le docteur Legris rappelle que l'infusion des fleurs elles-mêmes était usitée autrefois à ce titre. M. G. Sée a expérimenté de nouveau cette préparation dans son service, et a constaté que presque toujours la quantité des urines fut plus que doublée en vingt-quatre heures chez des cardiaques. On peut donc considérer l'infusion de fleurs de genêt comme un très bon diurétique et la réputation dont elle jouissait jadis n'était pas usurpée.

Les fleurs de genêt se prescrivent à la dose de 10 à 15 grammes par jour en infusion. C'est un breuvage agréable qui rappelle un peu le thé. Les malades le prennent très volontiers. Quelquefois il occasionne des douleurs gastriques et provoque des vomissements. M. Legris a cru remarquer que ces inconvénients ne se produisent que quand l'infusion est faite avec des sommités fleuries et séchées, cueillies trop mûres, c'est-à-dire alors que les fleurs inférieures de la grappe sont déjà transformées en gousse. Les anciens médecins, en effet, attribuaient aux graines de genêt une action émétique. Il semble donc indiqué de choisir les sommités dont les fleurs inférieures sont épanouies tandis que les supérieures sont encore à l'état de boutons.

Emploi de la cocaïne dans la coqueluche.

Voici comment M. Labric utilise la cocaïne dans la coqueluche. Il emploie la solution suivante :

Eau.................... 10 grammes.
Chlorhydrate de cocaïne. 0 gr. 50 centigr.

A l'aide d'un pinceau de martre, on badigeonne pendant quelques secondes le pharynx, l'isthme du gosier, les amygdales, la base de la langue ; on tâche de porter le pinceau le plus bas possible afin d'avoir plus de chance de laisser écouler quelques gouttes de la solution dans le larynx.

On fait deux ou trois badigeonnages dans les vingt-quatre heures, suivant l'intensité de la coqueluche. La première application amène souvent une quinte, mais il s'en produit rarement à la suite du second badigeonnage.

M. Labric ne fait prendre aucun médicament aux enfants ainsi traités, sauf du café noir à la dose de 60 à 125 grammes, suivant l'âge.

Le coma diabétique.

Chez certains diabétiques on voit survenir rapidement des accidents comateux rapidement mortels, sans qu'on puisse les expliquer par une hémorrhagie cérébrale, une pneumonie, une néphrite suivie d'urémie, ni un traumatisme. Dans les faits qui ont été décrits comme exemple de coma diabétique, on peut distinguer trois catégories : dans les uns on voit survenir une somnolence progressivement croissante jusqu'au coma ; — dans d'autres, les accidents rappellent l'intoxication alcoolique : titubation, parole embarrassée et traînante, puis somnolence et coma dans les autres cas ; — enfin, il est une catégorie de faits où la scène s'ouvre par une dyspnée intense, où il existe une odeur particulière de l'urine et de l'haleine qui rappelle celle du chloroforme et de l'acétone, et où enfin l'addition de quelques gouttes de perchlorure de fer à l'urine y fait apparaître une coloration rouge vin de Bordeaux.

M. J. *Dreschfeld* a fait au Royal college of physicians de Londres une lecture sur le coma diabétique.

A la première des formes dont nous parlons il donne le nom de *collapsus diabétique*. Cette forme s'observe en général chez les diabétiques de plus de quarante ans, assez corpulents, diabétiques depuis longtemps ; la cause occasionnelle est d'ordinaire une fatigue physique, longue marche ou écart de régime. Frerichs pense que le collapsus est alors la conséquence de la dégénérescence graisseuse du cœur, qui a été trouvé souvent infiltré ou surchargé de graisse à l'autopsie. Outre la somnolence graduel-

le dont nous avons parlé, on note alors le refroidissement et la lividité des membres, un pouls petit et fréquent, une respiration un peu accélérée, sans dyspnée vraie ; la mort arrive au bout de dix à vingt heures, et l'urine contient en général 50 à 80 grammes de sucre par litre, mais on n'y trouve ni acétone, ni acide acéto-acétique.

Dans la forme qui rappelle l'alcoolisme aigu et qui est la plus rare, on a trouvé, outre le sucre, une quantité notable d'alcool dans l'urine et parmi les symptômes, outre la démarche ébrieuse et la faiblesse, on a observé la dyspnée et la dilatation pupillaire.

La troisième forme, la plus fréquente et la mieux connue, paraît mériter le nom de *coma par acétonémie*. Dreschfeld, qui en a observé 16 cas, a pu dix fois faire l'autopsie, sans que les lésions qu'il signale, donnent l'explication des accidents. Le sang contient de la graisse, quelquefois en quantité considérable (lipémie), mais Dreschfeld n'a rencontré qu'une fois l'embolie graisseuse du cerveau ; six fois il a trouvé l'altération de l'épithélium rénal décrite par Cantani et d'autres auteurs, et une fois seulement la réaction du glycogène dans l'écorce cérébrale.

Quoi qu'il en soit, le premier symptôme du coma diabétique est en général une lassitude ou une dyspnée légère, parfois une vive douleur à l'épigastre ou des maux de tête ; puis une excitation nerveuse d'intensité variable : quelquefois c'est de la jactitation, plus rarement des convulsions. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt contractées. Une douleur abdominale vive est quelquefois accusée par le malade La face, d'abord vultueuse, devient très pâle ; le pouls fréquent, filiforme, irrégulier.

Les caractères de la dyspnée sont les suivants : tout d'abord inspiratoire, puis inspiratoire et expiratoire, elle est très intense et cependant la dilatation du thorax s'accomplit complètement, l'air pénètre librement dans toutes les parties du poumon ; c'est bien un type de dyspnée nerveuse.

La température monte au début, puis s'abaisse d'une manière notable. La langue est sèche ; il y a quelquefois des nausées, des vomissements ou de la diarrhée. La somnolence, puis le coma s'accentuent en même temps que la dyspnée, et la mort survient.

Nous avons dit que l'urine présente souvent, comme l'haleine, l'odeur acétonique, qui rappelle celle du chloroforme. La coloration rouge vineux de l'urine sous l'influence du perchlorure de fer a été attribuée à l'acide acéto-acétique ; mais tous les pathologistes et les chimistes ne s'accordent pas sur ce point.

La durée du coma diabétique est en général de 12 à 24 heures. Il s'observe plutôt chez des sujets peu avancés en âge, entre 20 et 40 ans ; c'est plutôt dans une période précoce du diabète.

On a incriminé comme causes déterminantes les exercices violents, les émotions trop vives, le passage trop brusque d'une alimentation mixte à une alimentation exclusivement azotée, les affections intercurrentes fébriles ou les traumatismes opératoires avec usage des anesthésiques.

Il convient d'ajouter que des accidents analogues à ceux du coma diabétique ont été vus chez des personnes non diabétiques, chez des dyspeptiques invétérés (coma dyspeptique) et que la coloration rouge vin de Bordeaux des urines sous l'influence du perchlorure de fer se rencontre chez des sujets non diabétiques; elle n'est pas exclusivement liée à la présence de l'acétone.

Cependant, quand on constate la présence de l'acétone dans l'haleine et de l'acide acétique dans l'urine, ou la réaction rouge des urines, il y a toujours lieu d'être inquiet et de redouter l'imminence d'accidents graves.

Le malade doit être soumis à un repos complet de corps et d'esprit. L'alimentation mixte devra être reprise, si le malade avait été soumis brusquement à un régime azoté exclusif.

Le seul moyen thérapeutique de quelque utilité à conseiller, quand les accidents ont éclaté, consiste dans des inhalations d'oxygène faites libéralement et dans l'administration de grands lavements froids, si le malade ne peut boire ; s'il le peut encore, il faut lui donner des boissons abondantes.

Traitement des oxyures vermiculaires.

Un de nos correspondants nous écrit qu'il a dans sa clientèle un jeune homme de 18 ans, tourmenté depuis plus d'un an par des oxyures, sans que les divers moyens employés aient réussi à l'en débarrasser.

Notre distingué confrère énumère les suppositoires à l'onguent mercuriel, les lavements à l'absinthe, à la suie, au calomel, sulfureux, etc., qu'il a prescrits successivement avec raison et il se trouve au bout de son rouleau, comme on dit.

Nous pensons bien qu'il a épuisé les lavements d'eau vinaigrée, salée ou sucrée, lavements d'eau additionnée d'huile de pétrole, de térébenthine, d'huile camphrée. Les clystères à l'ail vantés jadis ne réussissent pas souvent. Delasiauve a préconisé les lavements d'éther.

Notre maître M. Dujardin-Beaumetz préfère la glycérine au lavement, *glycérine neutre mélangée à partie égale d'eau*.

Legroux, dans un cas où l'affection était rebelle, a conseillé d'introduire avec une seringue de l'*onguent napolitain à moitié fondu*. Ce moyen peut réussir alors que les suppositoires d'onguent mercuriel ont échoué ; car il permet de faire pénétrer le médicament parasiticide à une hauteur suffisante dans l'intestin.

C'est une erreur de croire que les oxyures sont exclusivement cantonnés dans l'ampoule rectale. Cobbold (1) estime que les remèdes échouent souvent parce qu'ils ne sont pas accompagnés d'un traitement hygiénique convenable et parce qu'ils s'étendent quelquefois très haut dans le gros intestin jusqu'au cœcum ; il préconise les purgatifs salins répétés, suivis de *grands* lavements d'eau simple ou mélangée à une petite quantité d'éther chlorhydrique de sufate de fer, d'aloès ou d'asa fœtida. Pour être efficaces, *les moyens employés doivent être continués au moins pendant quinze jours.*

(1) Brit. med. Journ., 1874.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 21 septembre).

La séance a été insignifiante. Lecture de la correspondance. Présentation d'ouvrages et d'appareils. Aucune communication ni discussion.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Traitement chirurgical de certaines formes d'épilepsie (1).

La chirurgie du cerveau, appuyée sur toutes les données modernes de la physiologie expérimentale et pathologique, semble appelée depuis ces derniers temps à un brillant avenir. Les remarquables résultats des opérations pratiquées par le Dr Horsley (de Londres) promettent beaucoup et montrent à quels résultats pratiques peut aboutir une bonne expérimentation scientifique.

Un homme avait eu, à l'âge de 7 ans, une fracture du crâne compliquée de plaie avec issue de substance cérébrale. Après une suppuration assez abondante, il avait guéri, mais depuis, le malade avait de temps en temps des attaques épileptiformes commençant toujours par des secousses spasmodiques de la jambe droite. D'après les données de la physiologie, il était permis de localiser la lésion cérébrale persistante, au niveau de la circonvolution frontale supérieure gauche. Le Dr Horsley appliqua une couronne de trépan au point correspondant du crâne et tomba sur un point de l'écorce cérébrale où se voyait une masse de tissu cicatriciel. Il enleva cette portion du cerveau, et au bout de quelques semaines, le malade était complètement guéri et ne présentait plus de mouvements spasmodiques. Le second cas de Horsley est absolument identique au premier, le succès a encore couronné son entreprise. Dans le troisième fait, les attaques épileptiformes n'avaient été précédées d'aucun traumatisme, et leur début s'accompagnait toujours de mouvements spasmodiques du pouce et de l'index. Dans la région indiquée par ce signe et mise à nu par une trépanation préalable, le chirurgien trouva une masse néoplasique circonscrite dont la nature n'a pas encore été nettement déterminée, mais d'aspect tuberculeux ; il l'extirpa, le malade guérit et depuis il n'a eu aucune nouvelle attaque épileptiforme.

Voici maintenant quelles précautions Horsley conseille, pour mener à bien ces délicates opérations. Le champ opératoire doit être, avant tout, soigneusement désinfecté. Avant la chloroformisation, il est bon de faire une injection de 15 à 20 milligrammes de morphine. Cette substance, par son action vaso-constrictive sur les vaisseaux cérébraux, diminuera l'hémorrhagie en nappe qui doit fatalement se produire quand on attaque la substance nerveuse. L'incision des téguments, au lieu d'être cruciale, est semi-lunaire, ce qui facilite notablement la réunion. Il n'y a aucun inconvénient à employer un trépan à grand diamètre et l'auteur se sert le plus souvent d'une couronne ayant 5 centimètres de diamètre ; il évite ainsi les dangers qui accompagnent l'application successive de plusieurs instruments.

La dure-mère est ensuite incisée dans le même sens que les parties molles et on la soulève avec précaution. Pour attaquer la substance cérébrale, il vaut mieux se servir du bistouri que du thermocautère ; et si l'on doit pénétrer plus loin que dans la couche corticale, il faut avoir soin de conduire l'instrument tranchant parallèlement aux fibres du centre ovale afin d'éviter les paralysies pouvant résulter de leur section transversale. L'opération étant terminée, s'il y a un peu d'hémorrhagie, on l'arrête par une compression légère pratiquée au moyen d'une éponge imbibée d'une solution antiseptique froide et on referme la plaie en ayant soin d'y placer un drain de moyen volume. Les parties molles sont réunies par une suture. Le drain sera enlevé au bout de 24 heures. Il ne faut pas craindre l'accumulation, sous les tissus réunis, d'une couche de sérosité; elle est aseptique et sa présence a l'avantage de comprimer mollement la substance cérébrale qui tendrait à faire hernie tant que la cicatrice n'est pas absolument solide et formée par des tissus fibreux résistants. — Les opérations que nous venons de rapporter sont de magnifiques succès chirurgicaux, il reste à souhaiter que le diagnostic des localisations corticales continue de s'affermir, aujourd'hui qu'il est parfaitement démontré que le cerveau pas plus que le péritoine n'est pas un *noli tangere* pour le chirurgien hardi et prudent.

(1) Association médicale britannique, 51e session.

Panaris osseux ostéomyélitique (1).

Parmi les inflammations des divers tissus composant un doigt, et qui sont toutes englobées sous la dénomination ancienne de panaris, tous les chirurgiens ont depuis longtemps établi trois classes bien diverses quant à leur marche et à leur physionomie clinique ; je rappellerai seulement les termes de panaris superficiel, panaris des gaines, et panaris osseux. Depuis quelque temps seulement on admet que dans le panaris osseux primitif dont le type est le panaris de la phalangette, l'os est toujours primitivement atteint, et il y a quelques années, le Dr Cottin, étudiant les ostéomyélites des petits os, émettait l'hypothèse d'une similitude de nature entre le panaris osseux et l'ostéomyélite aiguë. Le Dr L. H. Petit vient de publier au congrès de Nancy une dizaine d'observations recueillies dans le service de M. le Professeur Verneuil, et qui confirment nettement l'hypothèse. Des sujets affaiblis ont un panaris osseux qui suit sa marche ordinaire ; il reste encore une petite fistule dont l'orifice est recouvert d'une croûte insignifiante. Ces sujets prennent froid, ils se font une entorse, une contusion, et on voit bientôt se former des abcès dans le foyer traumatique ou même évoluer une pyohémie à terminaison funeste avec abcès métastatiques, arthrites suppurées, albuminurie, etc. Le Dr Petit conclut de ces faits que

(1) Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

le panaris osseux a versé dans le torrent circulatoire, des micro-organismes pathogènes qui ont infecté l'organisme, formé des foyers secondaires et déterminé l'apparition de phénomènes graves et fébriles.

Nous croyons qu'il n'y a point ici d'hésitation possible ; tout panaris est infectieux, car les principes de la pathologie microbienne nous apprennent que la suppuration ne peut se produire dans un tissu sans qu'on y trouve les organismes spéciaux dits pyogènes.

Dans le panaris osseux, il n'y a rien autre chose qu'une ostéomyélite aiguë, un abcès sous-périostique de la première phalange. Par où est la porte d'entrée des microbes pyogènes ? Peut-être est-ce la grande voie circulatoire ? Ce serait admissible dans les cas fréquents où cette lésion se montre au milieu d'un état général grave. L'inoculation peut bien aussi se faire par les parties voisines de la phalangette ; on voit le panaris succéder souvent à des piqûres des parties molles, à l'inclusion de corps étrangers sous l'ongle, et il serait bon de chercher là des notions sur les relations encore peu connues entre une érosion extérieure et l'ostéomyélite, faits sur lesquels M. Lannelongue attirait l'attention il y a quelques mois.

Dans les faits rapportés par M. Petit nous trouvons une ressemblance parfaite avec ce que l'on observe dans les cas d'ostéomyélite prolongée. Un sujet a une ou plusieurs fistules du fémur qui s'ouvrent de temps à autre ; un jour il est pris de phénomènes généraux graves, il se forme des abcès métastatiques ; il a tout simplement subi une infection généralisée dont le point de départ est le foyer de la vieille ostéomyélite et peut-être aussi des organismes infectants sont venus de l'extérieur par les fistules, ou y ont été introduits par des instruments septiques, et l'organisme a été infecté plus ou moins vite.

Quoi qu'il en soit, une indication thérapeutique se dégage de tous ces faits : le panaris osseux des phalanges doit toujours être traité comme une ostéite infectieuse ; il doit toujours être prématurément ouvert, et, s'il y a nécrose, on devra toujours réséquer la phalange malade, surtout chez les jeunes sujets, au lieu de laisser un foyer d'altération osseuse qui peut devenir plus tard la source d'accidents infectieux généraux, surtout chez les sujets débilités ou cachectiques.

Forme rare d'exostose du pied. Extirpation du calcanéum (1).

M. le Professeur Gross (de Nancy) a présenté au congrès de Nancy une pièce très rare, provenant d'un sujet dont voici la courte observation. Un homme de 42 ans, toujours bien portant, se présente à l'hôpital offrant les particularités suivantes : Toute la partie postérieure du pied était anormalement développée et très saillante. Le calcanéum semblait non seulement allongé dans son diamètre antéro-postérieur, mais encore ses dimensions transversales étaient anormalement accrues. La tumeur était absolument dure. Le Dr Gross pratiqua l'extirpation du calcanéum au moyen d'une incision en fer à cheval sur le talon se prolongeant parallèlement au bord externe du tendon d'Achille. La plaie a très facilement guéri, le pied a diminué de longueur et le talon manque, mais il n'y a pas de dépression à sa place, et quand on prend l'empreinte du pied, on a simplement le tracé d'un pied plat. Il est fort intéressant d'observer que ce pied manquant de calcanéum jouit bien de tous ses mouvements et exécute ses fonctions d'une façon à peu près parfaite. L'extension du pied est un peu limitée dans la marche, et le sujet ne peut se dresser sur la pointe de l'organe. Il a une légère claudication, mais il n'a besoin d'aucune chaussure spéciale et il peut exercer son métier debout, ne ressentant que le soir une légère fatigue.

La masse enlevée se compose du calcanéum normal entouré dans toute sa partie postérieure par une production osseuse développée dans l'épanouissement du tendon d'Achille et les tissus fibreux périphériques. Elle n'a aucun pédicule et est reliée à l'os par une certaine épaisseur du tissu cartilagineux semé de noyaux d'ossification.

(1) Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences.

Anesthésie par la cocaïne dans la lithotritie (2)

L'alcaloïde de la coca du Pérou, si souvent expérimenté dans ces dernières années, vient de donner à M. le Dr Delefosse, ainsi qu'à plusieurs autres chirurgiens d'ailleurs, un important succès dans l'anesthésie préparatoire à la lithotritie. Si le chloroforme bien manié est peu dangereux, l'anesthésie locale, quand elle est possible, l'est encore moins. Le fait de M. Delefosse a ceci de particulièrement intéressant, que son malade avait subi le broiement de calculs sans anesthésie, puis sous l'action du chloroforme avant que l'on eût recours au chlorhydrate de cocaïne. Le malade, âgé de 70 ans, subit en 1883 une première lithotritie qui le débarrassa d'un gros calcul phosphatique. La taille fut repoussée à ce moment parce que le malade était obèse et diabétique avec 80 gr. de sucre par jour dans ses urines. En 1884, première récidive ; ablation en une seule séance, sous l'influence du chloroforme, d'une petite pierre phosphatique. Huit mois après, nouvelle récidive, destruction du calcul en trois séances sans anesthésie chloroformique, le malade l'ayant refusée à cause des malaises qu'elle avait causés. Enfin, cette année le patient avait une quatrième récidive ; l'opération était de nouveau proposée, mais cette fois le malade ne voulait ni subir l'opération à l'état de veille, ni se soumettre à l'inhalation chloroformique. M. Delefosse songea alors à utiliser la cocaïne, et voici comment il procéda. Après avoir vidé la vessie au moyen d'une sonde molle et l'avoir lavée avec une solution d'acide borique à 4 % il y introduisit 50 grammes d'une solution de cocaïne à 3 0/0 en ayant soin de faire passer le liquide sur le col vésical. La vessie contenait alors 1 gr. 50 de cocaïne ; pour mettre le liquide en contact avec les parois du

(1) Société médico-pratique, 28 juin 1886.

réservoir, le malade prit les positions les plus diverses en agissant doucement et lentement. Dix minutes après l'injection, nausées et vomissements glaireux, pouls normal, puis tout rentre dans le calme. Au bout de 25 minutes, on injecta 100 gr. de solution borique; puis on introduit un lithotriteur n° 2; au niveau du col, le malade ressent une douleur assez vive, mais qui disparait aussitôt. L'opérateur pratique alors la lithotritie, et fait une séance de 8 minutes. Le patient, se rendant très bien compte de toutes ses sensations et les comparant à celles qu'il avait éprouvées dans les opérations antérieures pratiquées à l'état de veille, dit qu'il ne ressent aucune douleur, aucune épreinte et qu'il a tous les avantages du chloroforme sans éprouver les nausées du réveil. Après les lavages habituels pratiqués au moyen d'une grosse sonde de Bigelow, le malade est laissé au repos, et une heure après tout était absolument rentré dans l'ordre. Le soir seulement, vers huit heures, le col vésical devint le siège de quelques douleurs d'ailleurs peu vives. Six jours après, seconde séance de lithotritie; injection de cocaïne, prises très nombreuses pendant 12 minutes, lavages abondants, en somme opération d'une durée totale de 25 minutes. Le malade avait parfaitement conscience de ce qui se passait dans sa vessie, mais sans en être incommodé d'aucune façon. Une troisième séance, quelques jours après, fut accompagnée de quelques douleurs, mais on n'avait injecté que 1 gramme de cocaïne au lieu de 1 gr. 50. Tout en tenant compte de la minime valeur d'un cas unique, M. Delefosse tire la conclusion suivante : La cocaïne introduite dans l'économie, avec une vessie à épithélium malade, à la dose de 1 gr. 50, a permis de faire des séances de broiement de 5 à 12 minutes, sans douleurs appréciables pour le patient. Les phénomènes d'intoxication ont été presque nuls. On a pu opérer 20 minutes après l'injection du médicament, mais l'efficacité n'a pas dépassé 10 à 12 minutes. Ce fait peut encourager les opérateurs à employer la cocaïne, mais la multiplicité des faits observés pourra seule permettre d'atteindre un résultat profitable à la science.

D[r] BARETTE.

LARYNGOLOGIE

Du traitement de la phthisie laryngée.

I. — Le D[r] Fletcher Ingals (1) décrit les méthodes de traitement qui remplissent le mieux, selon lui, les indications symptomatiques de la tuberculose laryngée : 1° calmer la douleur; 2° guérir la maladie; 3° prolonger l'existence quand l'affection ne peut être guérie.

Contre la douleur, il préconise des badigeonnages faits sur les parties malades avec la solution suivante:

Chlorhydrate de morphine.	0 gr. 20 centigrammes.
Acide phénique...........	1 gr. 50 —
Tannin...................	1 gr. 50 —
Glycérine neutre.........	ãã 16 grammes.
Eau distillée............	

(1) The treatment of laryngeal phtisis, par le D[r] Fletcher Ingals (*New-York med. Journ.*, 7 novembre 1886.)

Cette solution peut être employée toutes les douze ou vingt-quatre heures. Dans l'intervalle, on peut conseiller l'emploi de pulvérisations faites avec cette solution diluée dans deux ou trois parties d'eau.

Lorsqu'il n'existe qu'une simple hyperémie de la muqueuse, c'est-à-dire au début, on peut obtenir la guérison avec les différents topiques employés contre la laryngite chronique. La cocaïne, ajoute l'auteur, peut rendre des services, mais il dit ne pas avoir assez d'expérience à cet égard pour en parler avec autorité.

II. — Ayant entendu vanter les bons effets de l'acide lactique en applications locales dans la tuberculose laryngée, le D[r] Wyss (1) dit avoir obtenu de bons résultats. Il emploie une solution à $\frac{50}{100}$ avec de l'eau et de la glycérine.

Il rappelle ensuite que Rosemberg préfère à l'acide lactique une solution à $\frac{20}{100}$ d'huile de menthol. Lublinski, au contraire, a observé la cicatrisation d'ulcères tuberculeux sous l'influence d'agents divers : tannin, acide borique, galvanocautère.

III. — Le D[r] Tauber (2) insiste d'abord sur l'importance d'instituer un traitement local pour combattre les manifestations de la tuberculose du côté de l'organe vocal. Il a obtenu des résultats si favorables qu'il ne craint pas d'affirmer que *la phthisie laryngée, lorsqu'elle est observée à temps et convenablement traitée, peut être arrêtée, parfois même guérie.* Si la maladie est plus avancée, le traitement a toujours pour effet de rendre moins pénible la situation du malade et de prolonger son existence. A la période congestive caractérisée par le gonflement et la rougeur de la région postérieure, l'auteur s'est bien trouvé des cautérisations au galvanocautère.

A la troisième période, tous les traitements sont inutiles, on doit combattre les symptômes. Contre la dysphagie et l'odynophagie, le D[r] Tauber emploie la solution suivante en applications locales :

Acide phénique	2 grammes.
Teinture d'iode	6 —
Glycérine	8 —

Cette application occasionne une eschare blanchâtre qui fournit aux parties ulcérées un revêtement artificiel qui les protège et amène une anesthésie prolongée. La douleur ressentie au moment de l'application est de courte durée.

IV. — M. Massei (3) tient à établir d'abord les formes de la tuberculose laryngée qu'il classe de la manière suivante : 1° forme ulcéreuse; 2° la périchondrite aryténoïdienne; 3° l'infiltration des cordes vocales ; 4° le dépôt de tubercules sur les cordes ; il existerait même une cinquième forme ; la polypeuse ou végétante, qu'il admet avec Chiari, Kidel, J. Mackensie, Ariza, etc. Il laisse de côté cette dernière dans laquelle, dit-il, l'extirpation de la tumeur par les voies naturelles ferait disparaître bien des symptômes, pour s'occuper particulièrement de la forme ulcéreuse.

Le traitement symptomatique consiste en applica-

(1) On various treatments of tuberculosis of the larynx ; par le D[r] Wyss (*The London med. Rec.*, 15 décembre 1885).

(2) The local treatment of laryngeal tuberculosis, par le D[r] Tauber (*The med. News*, 28 novembre 1885).

(3) Traitement local de la tuberculose laryngée (période ulcéreuse) par les moyens chirurgicaux, par le D[r] F. Massei (de Naples). (*Rev. mens. de laring., otolog.*, etc., du D[r] Moure, n° 6, juin 1886.)

tions, pulvérisations ou insufflations calmantes (morphine, belladone, extrait d'opium, etc.)

Les scarifications préconisées par Schmidt ont été abandonnées par leur auteur. L'action de la cocaïne a le tort d'être trop passagère. De même, M. Masseï rejette la dilatation du larynx, mais il conseille la trachéotomie, lorsque les lésions du larynx l'exigent et que celles du poumon le permettent. Les caustiques, qui avaient fait concevoir de superbes espérances, n'ont donné que des déceptions. Au contraire, l'auteur s'est bien trouvé de l'usage de l'iodoforme qu'il emploie en solution éthérée au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{4}$ en attouchement, de préférence aux insufflations pulvérulentes.

Envisageant ensuite la guérison possible de l'ulcère tuberculeux, M. Masseï se range à l'opinion de ceux qui croient à cette guérison de l'ulcère tuberculeux, sans considérer que cette cicatrisation soit un indice de la guérison définitive de la maladie. L'auteur a également employé l'acide lactique, vanté récemment par Krause et Jelmieck, et après avoir employé des solutions à $\frac{8}{100}$ après anesthésie à la cocaïne, il dit n'a voir pas observé d'effets supérieurs à ceux de l'iodoforme.

Avec les attouchements, l'auteur emploie les pulvérisations de sublimé au $\frac{1}{1000}$ comme parasiticide.

V. — Enfin, la question du traitement local de la tuberculose laryngée avait été mise à l'ordre du jour de la séance générale de la Société française de Laryngologie (séance du 28 avril 1886). M. Hernig (1) établit dans un premier mémoire, la possibilité de guérir la tuberculose du larynx absolument avérée, guérison déjà admise par bon nombre de laryngologistes. Il cite à l'appui de cette théorie plusieurs faits personnels parfaitement observés cliniquement et confirmés par l'examen histologique.

Ce premier fait établi, il préconise le traitement de Krause avec l'acide lactique. Si l'on obtient des insuccès, c'est que la méthode est mal appliquée ; ce n'est pas en solution qu'il faut employer l'acide lactique, *mais pur* ou à peu près et sur un ulcère parfaitement détergé par le raclage. De cette façon, le topique agit énergiquement et avec plus de facilité.

M. Moura croit aussi à la possibilité de guérir la tuberculose laryngée. Il emploie les solutions de nitrate d'argent et de chloral au $\frac{1}{3}$ ou au $\frac{1}{20}$ et au $\frac{1}{15}$ qui arrêtent très bien le travail de désorganisation.

Si la maladie est plus avancée (forme papillo-glandulaire), l'auteur ajoute au traitement précédent l'emploi de révulsifs au devant du cou (la teinture d'iode ou même le sel de Boutigny à la glycérine) qu'il recommande même aux périodes ultimes de l'affection.

Réflexions.

En résumé, il ressort de ces différentes publications que la plupart des praticiens considèrent comme possible la guérison de la tuberculose laryngée, dûment constatée et parfaitement reconnue, non seulement à l'examen laryngoscopique, mais avec le microscope. Tout en reconnaissant volontiers que les cas de guérison sont encore l'exception, nous partageons très volontiers cette manière de voir et nous avons même à plusieurs reprises observé et signalé des observations absolument probantes à cet égard. Mais, à l'encontre du professeur Masseï, toutes les fois que les ulcérations ou autres lésions (infiltration œdémateuse de la muqueuse laryngienne) se cicatrisaient ou disparaissaient, nous avons toujours constaté une amélioration notable de l'état général qui peu à peu redevenait meilleur.

Quant au traitement employé, depuis longtemps déjà nous avons renoncé à l'usage des caustiques, qui n'ont jamais donné des résultats satisfaisants, dignes d'encourager les essais faits dans ce sens. De même l'iodoforme, si vanté durant ces dernières années, ne nous a pas donné ce qu'il semblait promettre, mais il a, selon nous, le grave inconvénient de répandre une odeur forte, pénétrante et très désagréable qui empêche les malades de s'alimenter et par conséquent de remonter leur état général. Peut-être l'iodol remplira-t-il le même but que l'iodoforme sans avoir les inconvénients de ce dernier topique. C'est un point qu'il sera utile d'éclaircir. Par contre, l'acide phénique, l'acide lactique, l'iode, la cocaïne, la morphine et les divers médicaments employés en pulvérisations ou attouchements dans cette grave affection, nous ont tour à tour donné des résultats assez satisfaisants, les uns pour calmer les *douleurs*, les autres pour *enrayer les* progrès du mal ou aider à obtenir sa guérison dans quelques cas.

Nous ne sommes pas encore de ceux qui croient à la spécificité de tel ou tel topique dans une affection aussi grave et aussi générale que la tuberculose, et nous nous bornons, en général, à faire un traitement symptomatique en rapport avec chaque malade et les lésions dont il est porteur. Si nous considérons que le traitement local doit être fait contre toutes les manifestations de cette terrible diathèse, nous pensons même que le premier soin du médecin doit être de modifier et de relever l'état général de son malade, dans la limite du possible.

Il faut bien reconnaître enfin que s'il est des malades qui guérissent ou s'améliorent, il en est d'autres, et ce sont malheureusement les plus nombreux, chez lesquels le traitement le plus régulier et le mieux institué ne parvient pas arrêter la marche fatale de la maladie.

Dr E.- J. Moure.

(Journal de médecine de Bordeaux.)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la dysménorrhée chez les arthritiques.

(Dr Chéron.)

Pour faire cesser la crise douloureuse du début, il suffit de faire prendre, au moment où apparaissent les douleurs, deux cuillerées à bouche de la potion suivante :

Salicylate de soude	10	grammes.
Punch au rhum	60	—
Eau distillée	100	—

Si la douleur reprend quelques heures plus tard, la même dose doit être employée et portée jusqu'à 6 cuillerées au maximum, c'est-à-dire 6 grammes dans les 24 heures.

Dans la dysménorrhée liée à l'arthritisme où la névralgie lombo-abdominale existe d'une façon très nette et révèle son existence, surtout quelques jours avant les règles, on prendra :

Salicylate de quinine........ 1 gramme.

En 10 cachets. Prendre un cachet trois fois par jour.

(1) Du traitement local de la tuberculose laryngée ; par MM. Hernig, Moura, etc. *(Bull. et Mém. de la Soc française d'otol. et de laryngol.,* 1886.)

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'inspectorat dans les stations thermales.

La presse s'occupe depuis quelque temps de la question importante de la suppression de l'inspectorat dans les stations thermales.

Nous n'avons pas à apprécier l'intérêt et les conséquences que pourra avoir la prise en considération de ce projet.

Cette question est très controversée ; elle compte des défenseurs puissants et des détracteurs acharnés.

Quant à nous, si nous avions à émettre une opinion, nous comprendrions l'inspectorat confié à des hommes spéciaux n'exerçant pas dans la station qu'ils sont chargés de surveiller.

Quoi qu'il en soit et quoi qu'il advienne, de grandes assises ont eu lieu, mardi, dans notre station, concernant l'examen de cette question.

Les délégués des sociétés médicales des stations thermales du Centre étaient, dès le matin, arrivés pour se joindre à MM. les médecins de Royat; parmi eux nous avons remarqué MM. les docteurs : Janicot (de Pougues), Odin (de St-Honoré), Deschamps (de Châtelguyon), Alvin (du Mont-Dore), Perccpied (de St-Nectaire), Aurillac, de Lalaubie et Grellety (de Vichy), Goubaud (de Néris), etc.

De plus, on avait reçu des dépêches de toutes les grandes stations thermales adhérant aux résolutions qui seraient prises par la réunion.

A quatre heures, MM. les délégués, sous la conduite de leur collègue, M. Puy-le-Blanc délégué de Royat, ont visité l'Etablissement thermal et les différents services s'y rattachant.

Après quoi, réunis aux médecins de la station, ils se sont rendus en corps auprès de M. Floquet, villa de Flore.

M. Janicot a lu une adresse dont nous extrayons les passages suivants :

« Vous savez, Monsieur le Président, par votre médecin, notre ami le docteur Fredet, que nous poursuivons la suppression de l'Inspectorat des eaux minérales naturelles, tel qu'il fonctionne depuis le décret de janvier 1860, rendu sur la proposition de M. Rouher, et qui, tout en supprimant les fonctions de l'inspectorat — parce qu'elles n'étaient pas et ne pouvaient pas être remplies — conserva les fonctionnaires, c'est-à-dire les médecins inspecteurs. Il n'y a plus de poste à garder, mais le factionnaire est resté. Et sa guérite aussi !

« Nous tenons essentiellement à bien établir, Monsieur le Président, que, tout en protestant énergiquement contre l'inspectorat local et fixe, les médecins libres ne se sont jamais élevés contre l'idée d'inspection en elle-même. Ils reconnaissent la parfaite convenance de la part du gouvernement de chercher à se renseigner sur l'exploitation des eaux minérales, afin de ne pas laisser déchoir cette partie considérable de la fortune de la nation, et de sauvegarder en même temps les intérêts de la santé publique. Nous pensons même, presque tous, que cette surveillance est un droit et un devoir pour l'Etat. Si donc nous demandons la suppression de l'inspectorat actuel, c'est parce qu'il n'offre aucune garantie, parce qu'il ne sert à rien, parce qu'il va directement contre son but, et cela au préjudice des stations, au préjudice des malades, au préjudice des médecins libres qui ne veulent plus être victimes d'un pareil privilège et qui sont décidés à lutter jusqu'au bout pour le renverser.

« Par un sentiment de réserve d'autant plus méritoire, peut-être, qu'il nous prive d'une arme puissante, nous nous sommes interdit jusqu'ici de faire connaître publiquement, par la voie de la presse et en mettant les points sur les i, tous les abus que dissimule ou protège, volontairement ou involontairement, l'institution dont nous demandons la transformation. Nous avons évité toutes les questions de personnes. Nous nous sommes contentés de dire qu'il serait impossible de citer une seule administration publique ou privée qui ait pour inspecteurs de ses services des hommes dépendant par tous leurs intérêts des choses et des gens qu'ils doivent inspecter et contrôler, et que telle était cependant la situation des médecins inspecteurs.

« M. Rochard, membre de l'Académie de médecine, disait dans son rapport de 1883 :

« En réalité, sauf de très honorables exceptions, « les fonctions d'inspecteur ne sont pas remplies, et « ce titre n'est qu'un privilège que l'Etat confère à « quelques médecins au détriment des autres et « sans obtenir rien de sérieux en échange. C'est là « l'impression qui, pour les gens désintéressés, se « dégage de tous les débats qui ont eu lieu devant « les Chambres et dans la presse au sujet de cette « question. C'est évidemment elle qui a dicté la loi « du 12 février 1883. En supprimant la rétribution « attachée à l'inspectorat, elle a, de fait, supprimé « l'emploi lui-même, car l'Etat ne peut pas demander de services gratuits et il est immoral de remplacer la rétribution par un privilège.

« Depuis lors, Monsieur le Président, notre comité a fait des démarches auprès du dernier ministre du commerce, M. Dautresme. M. Dautresme était, croyons-nous, décidé à proposer à la signature de M. le Président de la République un décret supprimant l'inspectorat, lorsqu'il fut remplacé par M. Lockroy. Nous avons recommencé nos démarches auprès de ce dernier. Elles sont en suspens. C'est pourquoi nous osons vous prier, Monsieur le Président, de les appuyer de votre haute influence. En les faisant aboutir, vous rendriez un immense service à tout le corps médical des stations thermales et vous feriez, une nouvelle fois, œuvre de justice, d'égalité, de liberté...... »

M. Floquet a répondu que le vœu présenté par les délégués des stations thermales du centre lui paraissait motivé et accepté, au surplus par les sociétés médicales des stations du midi, ainsi qu'il en avait acquis la certitude par de nombreux télégrammes, à lui adressés, depuis la veille.

Aussi a-t-il promis de faire tous ses efforts auprès de M. Lockroy, ministre du commerce, pour l'engager à obtenir du Président de la République un décret de suppression.

Le soir, à 6 heures, un superbe banquet était servi au Grand-Hôtel Servant, banquet auquel assistaient, en outre de MM. les délégués et de MM. les médecins de Royat, MM. Floquet, président de la Chambre et Gaillard, député du Puy-de-Dôme. C'est M. le Dr Boucomont (président de la Société médicale de Royat) qui présidait.

On a toasté au dessert et on a bu à la bonne confraternité des médecins des stations thermales.

(Gazette d'Auvergne.)

Fédération médicale Belge.

Nous extrayons du Rapport de M. Borginon, secrétaire, à l'Assemblée générale de la Fédération médicale Belge, les passages suivants; nous n'avons pas à les commenter pour le moment. Nos lecteurs verront combien les projets varient selon qu'ils viennent de sources différentes.

1° Articles proposés par le gouvernement Belge, dans les nouvelles instructions pour les pharmaciens, médecins et droguistes :

« Art. 7. Les spécialités pharmaceutiques admises par la Commission de l'Académie de médecine, nommée conformément à l'article 5 de l'arrêté royal du 31 mai 1885 sur la pharmacopée, ne pourront être vendues ou exposées en vente par les pharmaciens ou autres personnes autorisées à délivrer des médicaments composés, que si elles sont renfermées dans une enveloppe parfaitement close et revêtue du cachet du praticien. Cette enveloppe indiquera le nom de la spécialité.

« Par l'application de son cachet, le pharmacien ou le médecin qui délivre le médicament, prend la responsabilité du contenu de l'enveloppe.

« Art. 8. — Les spécialités pharmaceutiques rejetées et non encore admises par la Commission, ne pourront être vendues ou exposées en vente que si le pharmacien a remplacé le cachet du fabricant par le sien et à la condition d'être revêtues de l'étiquette exigée par l'article 32 du présent arrêté.

» Par l'application de son cachet et de l'étiquette, le pharmacien ou le médecin assume la responsabilité de la délivrance du remède. »

Mais l'Académie de médecine refusa de constituer la Commission dont parle l'article 7 précité. D'autre part, il paraît que les spécialistes français protestèrent vivement et mirent en jeu des influences puissantes ; d'ailleurs beaucoup de pharmaciens s'efforcèrent d'éluder les prescriptions ministérielles.

Bref, tant de difficultés surgirent qu'un arrêté royal du 12 novembre 1885 dut suspendre l'application des articles 7 et 8 et rétablir le *statu quo ante*. Quel est le *statu quo ante* ?— Il est réglé par l'article 4 de l'instruction ministérielle du 31 mai 1818 dont voici le *texte français* : « Les apothicaires prépareront eux-mêmes ou feront préparer, sous leur responsabilité et surveillance, les ordonnances des docteurs en médecine, les prescriptions chirurgicales des chirurgiens et les compositions chimiques et pharmaceutiques. » Or, d'après un arrêt de la Cour de cassation du 30 décembre 1867 (et nous ajouterons conformément au vulgaire bon sens), cet article, imposant aux pharmaciens l'obligation de préparer eux-mêmes les compositions chimiques et pharmaceutiques, décrétait l'abolition des spécialités et des remèdes secrets. Mais (*tempora mutantur et nos mutamur in illis*) la cour de cassation se dit sans doute un beau jour que « le sot seul ne change jamais, » et, le 6 juillet 1885, interprétant à sa manière le *texte néerlandais* de l'article 4, elle déclara que ce même article voulait dire que les pharmaciens avaient le droit de vendre les spécialités et les remèdes secrets, et que le Gouvernement ne pouvait pas en interdire le débit. Donc, la loi interprétée par la Cour de cassation (dernière édition) ne permet pas d'abolir les spécialités. Tel est à présent le *statu quo ante*.

Les choses cependant ne pouvaient rester en cet état, et le Gouvernement ayant sinon le droit d'interdire, du moins celui de réglementer la vente des spécialités et remèdes secrets, le Bureau de l'Association générale pharmaceutique écrivit au Bureau de la Fédération Médicale Belge dans le but de faire rechercher, par les deux associations, une formule propre à remplacer avantageusement les articles 7 et 8 provisoirement suspendus.

Les travaux de la Commission aboutirent au dépôt d'un projet de réglementation qui a été approuvé par une assemblée générale de l'Association pharmaceutique :

« 1° Les médicaments dits spécialités et les remèdes secrets ne pourront être vendus que pour autant que les flacons, boîtes, pots, etc., qui les renferment soient revêtus d'une étiquette mentionnant le nom et la qualité de leur préparateur, les diverses substances qu'ils renferment et les proportions dans lesquelles celles-ci s'y trouvent.

» Il est interdit d'indiquer sur les étiquettes, prospectus, etc., les propriétés médicales de ces spécialités.

» 2° Le pharmacien, débitant des spécialités, ayant la responsabilité des produits qu'il débite, devra s'assurer de la qualité de ceux-ci ; il remplacera le cachet du fabricant par le sien. Aucune spécialité ne pourra être vendue sans porter la marque de ce contrôle, elle devra être revêtue également de la marque du vendeur.

» 3° Le vendeur et le préparateur d'une spécialité qui ne renfermerait pas les quantités des ingrédiens mentionnés sur l'étiquette ou les ingrédiens eux-mêmes, ou qui en renfermerait d'autres non mentionnés, seront poursuivis pour tromperie sur la qualité de la chose vendue. »

Ce projet de réglementation a été soumis au Conseil de la Fédération. Il a été l'objet d'une simple prise en considération.

Mais deux autres propositions relatives à la même question ont été déposées dans la même séance du Conseil Central par M. le Dr Korps (Société centrale des Médecins belges) et M. le Dr Dellicourt (Cercle Médical Verviétois). Voici le texte de ces propositions :

A. *Proposition Korps.* « La Fédération Médicale » Belge, considérant que le pharmacien ne saurait, » conformément à la loi, engager sa responsabilité » lors de la vente d'une spécialité ou d'un remède » secret ;

» Considérant que les spécialités et les remèdes » secrets font l'objet de conventions internationales » dans les divers traités de commerce,

» Déclare qu'il faut regarder ces articles comme » des marchandises ordinaires, susceptibles d'être » vendues par un négociant quelconque, lequel s'ex» pose toutefois à encourir, en cas d'accident déter» miné par leur usage, les peines prévues par le » Code pénal belge. »

B. *Proposition Dellicourt* ; « Considérant que le » Congrès international de pharmacie de 1885, réu» nissant dans son sein les personnalités pharma» ceutiques les plus en vue de tous les pays et des » professeurs de pharmacie et de médecine excessi» vement distingués, a formulé le vœu de voir les » spécialités pharmaceutiques supprimées ;

« Considérant, d'autre part, que la spécialité phar» maceutique n'a pour mobile aucun intérêt scien» tifique, mais uniquement l'esprit de lucre et l'ap» pât du gain si habilement exploités par l'étranger » à notre grand préjudice ;

» Considérant en outre que la spécialité pharma-

» ceutique permet au premier venu de violer la loi » sur l'art de guérir ;

» Considérant enfin que, de l'aveu général, elle » est aujourd'hui la ruine et la honte de la méde» cine et de la pharmacie,

» La Fédération Médicale Belge usera de toute » son influence pour poursuivre l'abolition de la spé» cialité pharmaceutique, réservant seulement la » forme spéciale qui seule a sa raison d'être et son » utilité. »

L'Assemblée générale de la Fédération Médicale aura à discuter ces différents projets.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Loire-Inférieure.

Séance du 17 juillet.

Présidence de M. TEILLAIS, président (1).

La séance est ouverte à 2 h. 1/2.

Sont présents : MM. Crimail, Dehillotte (de Basse-Indre), Destez, Dorain, du Mouza (du Pellerin), Gonichon (de Monnières), Josso, Joüon (Léon), Grimaud, Lerat, Luneau, Ménager, Patoureau, Porson (vice-président).

Plusieurs de nos confrères se sont excusés par lettre ou par dépêche télégraphique.

M. LE PRÉSIDENT prononce une courte allocution dans laquelle il souhaite la bienvenue aux membres présents des cercles du département. Un grand nombre de médecins, retenus par leurs occupations, n'ont pu se rendre à cette séance, mais l'adhésion définitive des cercles de Châtaubriant et du Pellerin est désormais un fait acquis. M. le Président remercie les membres du Syndicat de Montaigu qui ont bien voulu nous exprimer leurs sentiments confraternels et qui assisteront au banquet du soir. Il rappelle que les syndicats sont pleins d'espoir et d'énergie et que tôt ou tard leur existence légale en tant que « personne civile » sera reconnue. Il ne faut donc pas perdre courage et continuer, au contraire, avec ardeur l'œuvre commencée. Le Syndicat de la Loire-Inférieure voit augmenter, chaque année, le nombre de ses adhérents et compte aujourd'hui plus de quatre-vingts membres.

La parole est ensuite donnée à M. LUNEAU, secrétaire, qui lit le compte rendu suivant sur les travaux du Syndicat, pendant le 1er trimestre de l'année 1886.

Messieurs et chers confrères,

Dans la séance du 26 janvier dernier, notre Président rappelait la devise qu'il voudrait voir inscrire en tête de tous vos actes : « Honneur, devoir et solidarité. »

Les nombreux travaux que vous avez accomplis dans ce dernier semestre, l'autorité que vous avez acquise dans mainte occasion publique ou privée, l'influence heureuse que vous exercez dans le milieu qui vous entoure, les incidents qui se sont produits tant au Bureau que dans vos réunions, sont une preuve que vous n'avez pas oublié cette devise.

Pour résumer ce qui s'est passé dans votre Syndicat depuis le mois de janvier jusqu'à ce jour, il faudrait un long compte rendu, mais ne soyez pas effrayés de cette perspective. Vos secrétaires ont eux aussi leur devise inspirée naturellement par votre manière d'agir. Vous avez en effet jusqu'ici semblé prendre à tâche de faire beaucoup de choses, de remplir un rôle très actif et de tous les instants, de parler peu : *acta, non verba*, suivant un mot célèbre. Cette devise nous commande la réserve et la brièveté ; elle facilite singulièrement notre devoir.

Votre ancien bureau, celui de 1885, vous faisait ses adieux au commencement de la séance de janvier. Vous n'avez pas accepté ces adieux et vous avez prié M. Teillais, dont les services avaient été appréciés en 1885, de continuer sa présidence en 1886. M. Porson, son conseiller et notre ami, était de nouveau nommé à la vice-présidence. Des exigences spéciales forçaient M. Chachereau à nous donner sa démission de secrétaire. Inutile de vous rappeler que nos remerciements et nos meilleurs sympathies ont suivi M. Chachereau dans sa retraite et que notre excellent confrère est de ceux qu'on remplace difficilement.

Est-ce cette dernière considération, ou plutôt n'est-ce pas une délicatesse et une modestie bien rares, hélas ! aujourd'hui qui ont fait que notre très aimable et très dévoué confrère, M. Perochaud, a refusé les fonctions de secrétaire qui lui étaient offertes? M. Perochaud nous a mis personnellement, par ce fait, dans une situation irrégulière, et nous n'occupons que *par intérim*, nommé d'office par notre président, cette place de secrétaire qui eût été si bien remplie par M. Perochaud. Dans cette même séance, la place de trésorier nous était maintenue.

MM. Berneaudeaux et Destez étaient nommés syndics.

Le Bureau ainsi constitué, le Syndicat continuait ses travaux.

En analysant les comptes rendus de vos séances qui ont toujours été très suivies et composées en moyenne de quinze à dix-huit assistants, nous trouvons deux faits notables, qui résument en quelque sorte toute votre histoire de ces six derniers mois.

D'un côté, vous avez eu de nombreux et intéressants rapports avec les administrations du département et de la ville.

D'un autre côté, chacune de vos séances a vu surgir les questions si difficiles des sociétés de secours mutuels.

Passons d'abord rapidement en revue les relations du Syndicat avec les administrateurs.

Depuis que le célèbre procès de Domfront a détruit toutes nos illusions sur les sentiments peu sympathiques que nourrit la magistrature à notre égard, depuis que la vigoureuse campagne entreprise par les syndicats vaincus se poursuit, nous aimons à constater que les paroles d'encouragement et les bons procédés nous viennent de toutes parts. *Les dieux*, dit Lucain, *sont pour les vainqueurs, mais Caton est pour les vaincus.*

Dans le mois de février, une délégation du Bureau, composée de MM. Teillais, président ; Porson, vice-président, et Luneau, trésorier, était reçue par M. le Préfet, homme d'une grande distinction, affable, érudit, qui nous a félicités de notre œuvre, nous a promis son concours et sa protection dans nos travaux, son appui le plus sûr dans les choses de son

(1) Extrait de la *Gazette médicale de Nantes.*

ressort et nous a renvoyés pleins de confiance et de courage.

Nous devions avoir le complément de cette visite dans cette journée du 13 juin, dont le souvenir agréable vous est resté. Votre Syndicat avait été invité, dans la personne de votre Président, par M. le Préfet, à venir assister à la réception de M. le Ministre de l'Instruction publique. Notre Président, accompagné de MM. Crimail, Lacambre et Patoureau, se rendit à la Préfecture, où il fut accueilli avec tous les égards. Dans le court entretien qui s'engagea, M. le Ministre s'enquit avec un vif intérêt de notre situation, de notre rôle, de notre but et enfin de nos vœux. « Notre vœu le plus cher, répondit M. Teillais serait de bénéficier de la loi du 21 mars, d'obtenir la capacité civile. » M. le Ministre accueillit cette demande avec bienveillance. « C'est bien là mon avis, dit-il, et je vous promets de soutenir de toute mon autorité, devant les Chambres, vos justes revendications. »

Nos rapports avec l'administration municipale n'ont pas manqué de s'accentuer de plus en plus.

Vous savez avec quelle faveur nous avons toujours été reçus par l'administration précédente ; avec quelle bonne grâce M. Colombel, de regrettée mémoire à la mairie, prenait nos avis, s'appuyait sur notre institution pour les services publics et faisait rendre justice à nos confrères laborieux et dévoués.

Aujourd'hui les choses n'ont pas changé, tant il est vrai que si les administrateurs changent, l'esprit général de libéralité qui les dirige nous est désormais acquis. Les engagements pris par M. Colombel, véritables lettres de change du maire de Nantes, n'ont pas été protestés par son successeur, il s'en faut. Notre Président s'est présenté devant M. Normand, notre nouveau maire, pour soutenir des droits qui auraient pu sombrer dans la tourmente des changements de la municipalité. Vous avez tous présente à la mémoire cette visite, où notre président, avec son sang-froid ordinaire, sa finesse de discussion et cette légère ironie, qui le montre toujours maître de lui-même, abordait le nouveau magistrat de la ville et, lettre en mains, lui demandait à faire honneur à la signature du maire de Nantes. Vous savez l'entretien qui suivit, la lutte qu'il fut obligé de soutenir devant un homme juste, mais très économe des deniers de la ville. Cette lutte, nécessaire et de bonne foi des deux côtés, laissait naturellement notre mandataire maître de la place, et M. le Maire se décidait de bonne grâce à maintenir tous nos avantages, si laborieusement conquis par notre Syndicat. N'ayons donc nul souci de l'avenir ; comme vous le voyez, le principe de notre Société nous met à l'abri de l'instabilité des choses, et nous saurons toujours faire valoir la justice de notre cause.

Dans votre séance du 30 mars, vous avez discuté une autre question relative à l'administration.

Plusieurs de nos confrères, les uns vétérans du service des salles d'asile, comme M. Crimail, qui depuis dix-neuf ans prodiguait gratuitement ses visites et ses soins ; les autres, plus jeunes et non moins dévoués, comme MM. Lacambre, Ménager et autres, furent congédiés purement et simplement par décision de la précédente administration. Non seulement on ne leur offrit pas un remerciement, une nomination peu coûteuse de médecin honoraire, mais on ne les prévint même pas de leur défaveur. En même temps, ironie du sort, on nommait un confrère pour les remplacer et, quelque temps après, ce confrère plus heureux recevait un traitement de la ville, traitement modeste, avons-nous besoin de le dire. Le Syndicat n'avait pas à intervenir ici, pas plus qu'il n'était intervenu dans les révocations récentes de nos confrères du bureau des pauvres.

L'administration a le droit strict, d'après ses règlements, de se séparer de collaborateurs dévoués comme le sont nos excellents confrères. Mais il est bon pour nous d'être instruits de ces changements. Le Syndicat sait bien que nos confrères ne vont pas visiter gratuitement les pauvres pour conquérir les honneurs et les bonnes grâces des administrations ; nous supposons qu'ils trouvent dans leur conscience une satisfaction plus haute et bien légitime. Il n'en n'est pas moins vrai qu'il faut de temps en temps nous couvrir le cœur de cette triple enveloppe d'acier, dont parle le poète, pour braver ces oublis et ces abandons.

Plus que jamais, dans cette séance du 30 mars, vous exprimiez le désir de voir réunis autour de vous nos jeunes confrères encore dissidents. Ils apprendraient à cette instructive école du Syndicat des faits qui les éclaireraient singulièrement sur les agissements de certains clients, dont ils convoitent ou regrettent *quelquefois* les faveurs. Ils verraient que les honneurs stériles dont on les entoure pendant que leurs soins sont nécessaires, la reconnaissance qu'on leur prodigue avant et pendant la maladie, les éloges qu'on fait de leur science et de leur dévouement ; que tout cela, dis-je, s'évanouit comme une fumée après le service rendu, que ce ne sont point là des satisfactions suffisantes pour notre profession souvent déshéritée et qu'aux médecins il faut la rémunération légitime de leur travail et des honneurs réels. Toute l'œuvre du Syndicat est là.

Plus les Syndicats de France s'affirment dans l'œuvre commune de réhabilitation que nous rêvons pour la médecine, plus l'Association générale nous soutient de ses sympathies. Notre président eut l'honneur d'être chargé de représenter, à la séance annuelle de Paris, l'Association locale de la Loire-Inférieure dont il est le vice-président. Il emportait avec lui, comme bien vous le savez, l'arrière-pensée de voter en faveur de tout ce qui regarde les Syndicats.

A l'ordre du jour de ces assises imposantes, l'Association avait inscrit : « Vote sur la pétition des Syndicats aux deux Chambres pour obtenir, en faveur des professions libérales, la loi du 21 mars. » Les assistants votèrent et signèrent cette pétition à l'unanimité — à l'unanimité ; je fais erreur. Il faut bien quelques ombres dans un tableau, quelque nuage dans un ciel pur : 4 ou 5 voix hostiles aux Syndicats se perdirent dans l'isolement.

Nous pouvons donc compter sur la bienveillance absolue de l'Association générale. Votre Syndicat n'avait jamais douté de ce résultat ; depuis sa première heure jusqu'à ce jour, il n'a cessé d'entretenir de bons rapports avec elle, et cette unité de vues et de projets des deux institutions, que mon prédécesseur proclamait bien haut, à la suite du banquet du 26 janvier, a reçu dans cette occasion solennelle une nouvelle consécration.

Une dernière question a été étudiée dans chacune de vos séances. Les sociétés de secours mutuels avaient contracté un engagement d'essai avec votre Syndicat. Cet engagement prenait fin le 1er de ce mois. Vous avez refusé de proroger cet engagement. Là encore le rôle du médecin vous a paru un rôle de sacrifice sans compensation. Dans ce redoutable contrat que le médecin passe maintenant avec les sociétés, il aliène son patrimoine le plus

précieux, sa liberté. Le médecin de société, plus qu'un autre peut-être, n'a pas de repos assuré ; il doit jour et nuit se plier aux demandes des sociétaires ; il subit à chaque instant une sorte de réquisition de la part de clients souvent inconnus, enrégimentés sous les mêmes statuts et d'autant plus exigeants qu'ils pensent et savent dire au besoin qu'ils ont droit au médecin, puisque le médecin est payé par leur société.

C'est en vain que le médecin se retranche derrière ses occupations, c'est en vain qu'il invoque la fatigue, qu'il lutte contre l'exigence de demandes quelquefois abusives. Il faut marcher.

La compensation du moins, cette compensation pécuniaire que le sociétaire se plaît à invoquer contre vous et qu'il vous oppose au besoin, est-elle digne du caractère et de la situation du médecin ?

La réponse est aujourd'hui facile. Avec un soin minutieux, avec une patience dont il faut féliciter la commission des sociétés de secours mutuels, prise dans votre sein et scrupuleusement aidée par votre encaisseur, vous avez pu voir que la visite et la consultation des sociétés les plus riches et les plus généreuses étaient taxées à un prix illusoire. Ce prix est tellement infime que ma plume se refuse à l'inscrire dans ce compte rendu général.

Vous avez fait ressortir, dans les longues discussions de vos séances, les causes de cet avilissement des prix, l'éternelle question de concurrence mal entendue et mal comprise, l'offre plus abondante que la demande, si je puis ainsi parler, le besoin de nos confrères peu fortunés ou jeunes de subir, même à bas prix, cette sorte de clientèle.

Il en est résulté pour vous un profond sentiment de générosité pour ces sociétés de secours mutuels qui se bercent de l'illusion d'honorer suffisamment leurs médecins, et de sympathie pour nos confrères qui ferment les yeux et donnent leur temps, leur peine et leur talent largement, sans compter.

Vous avez, dans votre séance du 19 juin, décidé que les médecins du Syndicat n'accepteraient plus aucune société à l'abonnement, mais que la visite et la consultation seraient payées à un prix minimum bien modeste et qui a été aussitôt fixé.

Quel sera le résultat de cette décision sur nos relations futures avec les sociétés de secours mutuels ? Le mois qui vient de s'écouler permet déjà de l'entrevoir. Les sociétés de secours mutuels, avec le contrôle rigoureux que nous leur promettons pour les visites et pour les médicaments, trouveront bientôt dans cette nouvelle méthode un avantage et une économie dont elles ne se doutent pas. Nos confrères, s'ils sont unis, jouiront, avec une rémunération bien minime, d'une liberté et d'une considération qui leur sont dues.

Votre Syndicat, quoi qu'il arrive, en réalisant ses aspirations légitimes, a marché dans la voie du progrès, a montré que le médecin n'était plus solitaire et qu'il demandait pour les siens les avantages et les honneurs dus à leurs sacrifices, à leur science, à leur dévouement.

Aussi pouvons-nous, je crois, reprendre fièrement notre marche en avant et nous abriter sous notre devise :

« Honneur, devoir et solidarité »

Après la lecture du compte rendu, MM. Du Mouza (du Pellerin) et Dehillotte (de Basse-Indre) donnent des renseignements utiles sur le fonctionnement du cercle du Pellerin.

M. Goniohon (de Monnières) nous entretient également du cercle de Montaigu.

M. Gémin, président du cercle de Châteaubriant, envoie, au dernier moment, une dépêche pour nous exprimer ses regrets de ne pas assister à la séance.

Le procès Watelet a réveillé partout de légitimes susceptibilités, et, en fidèles observateurs de la loi, les médecins ne veulent plus livrer ce qu'on appelle le secret médical. Watelet a été condamné pour avoir parlé ; un de nos confrères du Havre va peut-être subir prochainement une condamnation pour n'avoir rien dit. Un procès est engagé en ce moment, et M. Barat-Dulaurier nous demande, en faveur de notre confrère, l'appui du Syndicat de Nantes. Le Syndicat de la Loire-Inférieure accorde cet appui, à l'unanimité.

NOUVELLES

Service militaire des étudiants en médecine. — Le ministre de la guerre, se fondant sur ce que les étudiants en médecine, qui servaient au titre d'infirmiers, étaient promus peu de temps après au grade de médecin aide-major de réserve, et que, par suite il y avait autant d'infirmiers de réserve en moins, vient de décider que, désormais, les étudiants en médecine feraient leur volontariat dans les régiments et ne seraient plus incorporés dans les sections d'infirmiers. Toutes facilités sont laissées aux étudiants en médecine pour continuer et terminer leurs études. (*Gaz. hebdom.*)

Statistique médicale de Paris en 1885. — M. le Dr Jacques Bertillon, qui dirige avec tant de zèle et d'intelligence la *statistique municipale de la ville de Paris*, vient de publier le résumé des tableaux statistiques pour 1885. Nous y relevons les chiffres suivants : La fièvre typhoïde, dont la fréquence annuelle est de 17 décès pour 100,000 habitants à Londres et à Berlin, de 14 à Vienne, de 19 à Bruxelles, atteint 63 à Paris et 149 à Marseille. On remarquera ce chiffre de décès à Marseille, la ville la plus insalubre de France. La variole a été également plus fréquente à Marseille (91 décès pour 100,000 habitants) que dans aucune ville de France ; mais c'est là le fait d'une épidémie que l'on peut croire transitoire. A Paris, cette maladie n'a causé que 194 décès (soit 9 décès pour 100,000 habitants), et à Berlin, où la vaccine est obligatoire, elle a été plus rare encore, car elle n'a causé que 5 décès, soit une proportion presque nulle. A Berlin, par contre, la diphthérie est plus fréquente qu'en France. Cette maladie y cause 140 décès pour 100,000 habitants, tandis que Paris n'en compte que 80, et Marseille, malgré son insalubrité, 98. Ce sont là des proportions très élevées, car Londres ne compte, par 100,000 habitants, que 22 décès dus à cette maladie.

La scarlatine est plus répandue dans la plupart des villes étrangères qu'à Paris, où elle ne fait que 7 victimes pour 100,000 habitants. Cette proportion s'est élevé en 1885 à 17 à Londres (où elle est ordinairement plus fréquente encore), à 31 à Berlin, à 10 à Vienne, à 20 à Bruxelles, etc. Parmi les villes françaises, celle qui a le plus de scarlatineux, c'est encore Marseille (23 décès pour 100,000 habitants). On ne saurait trop louer les travaux de ce genre. Ainsi comprise, la statistique rend les plus signalés services à l'administrateur aussi bien qu'au médecin. (*Gaz. hebdom.*)

NÉCROLOGIE

On annonce la mort d'un pharmacien-chimiste italien qu'avait rendu universellement célèbre l'invention d'une eau hémostatique, Pagliari.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

Huitième année N° 40 2 Octobre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Les infirmiers militaires et le volontariat.

Beaucoup d'étudiants en médecine se sont émus de la décision prise par le ministre de la guerre au sujet du volontariat des étudiants en médecine ; au lieu de servir comme infirmiers, ils seraient répartis dans des corps combattants.

La raison invoquée par le ministre pour expliquer ce changement est la suivante : les étudiants en médecine une fois docteurs deviennent aide-majors dans l'armée de réserve, de sorte qu'en temps de guerre le service de santé se trouverait démuni d'infirmiers expérimentés.

Cet argument semble au premier abord assez plausible. Mais il paraît qu'en réalité, les étudiants en médecine, qui pendant leur volontariat sont infirmiers de visite, sont hors cadre ; ou du moins ils l'étaient à l'origine du volontariat, et, si peu à peu l'administration de la guerre a trouvé plus commode de cesser de recruter des infirmiers titulaires en chargeant uniquement de ces fonctions les infirmiers volontaires, elle est mal venue aujourd'hui à se plaindre d'un état de choses qu'elle a créé elle-même et auquel il serait facile de remédier autrement qu'en versant arbitrairement dans l'infanterie les volontaires étudiants en médecine de la prochaine classe.

Le ministre devrait tout au moins n'appliquer la mesure que l'année prochaine et laisser une période de transition ; car parmi les étudiants qu'il va obliger à servir dans l'infanterie, plus d'un, sans doute, s'il eût pensé n'être pas infirmier, aurait demandé d'avance la cavalerie, en subissant l'examen nécessaire en temps voulu. Or l'époque des examens de cavalerie pour les candidats au volontariat est passée maintenant.

Nous espérons que ces réflexions ou d'autres analogues seront soumises au ministre encore assez à temps pour qu'il prenne des dispositions nouvelles.

Succi et son jeûne. Nouveau mode de traitement de la dilatation de l'estomac. Le secret de Succi : Kola ou névrose ?

Nous n'avons pas été jusqu'ici tenté de parler de Succi, et nous avons imité en cela la réserve qu'a gardée presque toute la presse médicale ; nous ne voyons pas l'intérêt d'utilité ni l'enseignement qui peut découler de semblables expériences. Cependant il a paru dans un journal de médecine deux lettres d'un médecin de Turin, lettres qui nous ont causé quelque étonnement.

L'honorable Dr Luigi Bufalini, ancien assistant à la clinique médicale de Turin, qui a surveillé de très près le jeûneur, a constaté que son appareil visuel n'avait aucunement souffert de l'inanition, ce qui lui paraît en contradiction avec les expériences de Magendie et Chossat qui, chez les animaux soumis à l'inanition, ont constaté l'aspect vitreux, puis la perforation des cornées et avec les observations d'un certain Dr Brett ; celui-ci dans des expérimentations singulièrement philanthropiques, soumettait de malheureux détenus indiens à un régime diététique insuffisant et voyait se développer chez eux des conjonctivites, des hypersécrétions méibomiennes, et autres troubles trophiques.

M. Bufalini, qui s'intéresse particulièrement sans doute à la dilatation de l'estomac, et nous aurions mauvais goût à l'en blâmer, a pratiqué des examens réitérés de l'estomac de Succi, délimité ses dimensions et il nous a donné le résultat de ses recherches. Il y a de quoi demeurer rêveur à y lire des chiffres

qui dénotent, dans la recherche des dimensions de l'estomac obtenues par la percussion, une précision tout à fait enviable. Ces chiffres ont dû remplir de joie M. le professeur Sée et ses élèves, Mathieu et Malibran, qui continuent à penser que la percussion est le meilleur moyen de constater la dilatation de l'estomac, contrairement à notre humble avis. Oyez un peu :

« Le 20 août, le diamètre vertical de l'estomac de Succi était de 13 centimètres 8 millimètres ; le diamètre transversal, de 28 cent. 5 millimètres, et la grande courbure mesurait 35 cent. 2 millimètres. — Le 28 août, le diamètre vertical était devenu 14 cent. 3 millimètres, le diamètre transversal de 25 cent. 5 millimètres, et la grande courbure ne mesurait plus que 33 cent. Le neuvième jour les mêmes dimensions ont été constatées, mais l'estomac était un peu « remonté. »

« Comme on le voit, ajoute M. Bufalini, le viscère est fortement revenu sur lui même : les fibres longitudinales ont subi un retrait considérable et ont déterminé, en rapprochant la grosse tubérosité du pylore, la légère augmentation des dimensions transversales. C'est là un appoint considérable (?) à la méthode de traitement de la dilatation stomacale par l'alimentation exclusivement rectale ; car on voit qu'en cessant l'ingestion ordinaire, on agit surtout sur la grosse tubérosité, qui est précisément le point où s'accumulent les matières alimentaires et pour y séjourner parfois fort longtemps. » Jusqu'ici rien de trop extraordinaire.

« Mais j'ai pu constater en outre que les deux courbures avaient perdu leur forme ; la petite est devenue rectiligne et la grande offrait une convexité supérieure (?) ; si par le repos absolu de l'estomac on était sûr d'arriver à ce résultat, la thérapeutique de la dilatation serait bien simple. » — Le croyez-vous vraiment, docteur Bufalini ?

Suivent de nombreux détails sur l'excrétion de l'urée, sur ses sécrétions, et nous apprenons que Succi « n'a jamais transpiré même après une course de 7 kilomètres, qu'on ne l'a jamais vu cracher, ni se moucher. »

Mais voici venir les explications que M. Bufalini propose pour nous rendre compte de la facilité avec laquelle Succi a supporté son jeûne. — La première, c'est que la liqueur « dont on a tant parlé, mais que l'on connaît si peu, pourrait bien avoir pour base la noix de Kola ; cette hypothèse, qui paraît acceptable au médecin italien, lui a été suggérée par un amiral français. Voilà qui ferait plaisir aux honorables pharmaciens qui ont, depuis les premiers travaux faits à l'hôpital Cochin, élucubré de savoureux élixirs et de merveilleux vins à base de Kola ! — Toutefois M. Bufalini ne croit pas cette explication suffisante, et il nous propose d'admettre que le secret du jeûneur réside « dans son grand sympathique ».

Il pense que Succi « a un système nerveux trophique tout à fait spécial et grâce auquel le travail moléculaire de la nutrition peut-être, sinon suspendu, du moins fortement diminué. » Il admet « une névropathie réelle portant sur le système ganglionnaire. »

Traitement des oxyures par le semen contra et la santonine.

Dans notre dernière semaine, une erreur d'impression nous a fait dire que nous préférions la glycérine *au* lavement ; c'est : *en* lavement qu'il fallait.

Un de nos lecteurs, le Dr Licke (de Maisons-Laffitte), nous fait à ce propos profiter de son expérience et nous demande pourquoi nous ne parlons pas de la santonine parmi les meilleurs médicaments à opposer aux oxyures. La santonine est en effet indiquée par certains auteurs contre les oxyures, mais c'est surtout contre les lombrics qu'elle est conseillée. Cependant, nous donnons acte à notre distingué confrère des succès qu'il a dus à l'emploi de ce médicament. Voici comment il procède. Il prescrit généralement chez les tout jeunes enfants 5 centigrammes de santonine par journée, mélangés à du sucre en poudre et divisés en deux ou quatre prises, qui sont administrées de dix en dix minutes pour prévenir les vomissements. Il fait alterner les prises de poudre avec un lavement à l'infusion de semen contra (une cuillerée à café pour 1/4 de lavement). Chez l'adulte, depuis 18 à 20 ans, il donne 0 gr. 60 à 1 gr. et une cuillerée à dessert de semen contra. Il finit par une dose d'huile de ricin.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 28 septembre).

M. *Polaillon* fait connaître les suites de l'opération de **taille stomacale** qu'il a pratiquée récemment pour extraire une fourchette. La guérison a été complète en 20 jours. L'alimentation a consisté pendant le premier jour en deux lavements de bouillon, le deuxième jour, sept à huit cuillerées de bouillon glacé, le troisième, champagne additionné d'eau, lavements de peptone et de vin. Puis quantités croissantes de lait et de bouillon avec continuation des lavements nutritifs. Au dixième jour, côtelette. Une gêne légère de la respiration et de la miction le premier jour par suite de la douleur stomacale, puis un ictère passager et un petit abcès au niveau de l'incision du ventre ont été les seuls incidents.

Actuellement, les fonctions stomacales sont normales. Il n'y a aucune douleur, soit pendant la vacuité, soit pendant la réplétion de l'estomac. Le malade fléchit le tronc de tous les côtés sans souffrance aucune. On peut en conclure que l'estomac se meut librement dans la cavité péritonéale et qu'il n'y a pas d'adhérence entre l'incision stomacale et l'incision des parois abdominales.

M. le Dr *Luys* a fait connaître une **nouvelle méthode de mensuration céphalique** à l'aide d'instruments conçus d'après le principe du conformateur des chapeliers et du profilomètre des sculpteurs. En se basant sur les chiffres fournis par les divers diamètres céphaliques, M. Luys conclut :

1° A l'aide d'une série de chiffres exprimant les longueurs céphalométriques de tel ou tel diamètre, on peut établir un chiffre moyen pour chacun

d'eux et s'en servir comme d'un axe graphique, autour duquel viennent osciller les mensurations individuelles minima et maxima.

2° On prend ainsi les moyennes successives pour un plan donné, soit le plan fronto-occipital ou circulaire ou bi-auriculaire, et, en totalisant ces moyennes, on obtient une moyenne générale dont le chiffre indique la valeur numérique des mensurations céphaliques de tel ou tel individu.

On arrive ainsi à reconnaître qu'il y a des lignes compensatrices; que tel individu qui présente tel ou tel diamètre au-dessous de la moyenne, reprend l'avantage par tel autre diamètre et acquiert ainsi une égalité relative.

3° Les moyennes totalisées du cerveau masculin sont supérieures à celles du cerveau féminin, prises dans les mêmes conditions, dans les rapports de 100 à 95 ;

4° Sur un groupe d'aliénés composé de trente-neuf sujets, les moyennes céphalométriques ont été supérieures à celles d'un groupe de quarante sujets normaux; ce fait étrange, qui n'est peut-être qu'une coïncidence, a besoin d'être vérifié sur un plus grand nombre d'observations;

5° Ces nouvelles méthodes de mensurations céphaliques pourront être utilisées :

a) Chez les écoliers, à l'étude du développement cérébral annuel et à la détermination des individualités incomplètement développées, dont la paresse apparente et l'inaptitude aux travaux intellectuels n'est, la plupart du temps, que l'effet d'une imperfection du développement cérébral ou d'une tare héréditaire.

b) Pour la détermination plus précise des caractères de l'identité. En prenant d'une façon plus précise les mesures céphalométriques chez les individus réputés criminels, on arrivera ainsi à des révélations inattendues, et à créer des matériaux vraiment scientifiques destinés à servir de base à l'anthropologie criminelle, qui n'est encore en France qu'à ses débuts.

De la ladrerie du mouton.

M. J. Chatin. L'on sait que la viande de bœuf et celle du porc ne peuvent être administrées crues à l'homme, en raison des cysticerques qu'elles renferment. En est-il de même de la viande de mouton ?

Pendant longtemps on a cru à l'innocuité absolue de cette viande, mais depuis ces derniers temps cette innocuité a été contestée en particulier par Cobbold. Fort heureusement, cette alarme paraît vaine ou tout au moins prématurée.

En effet, les certodes observés chez le mouton répondent à trois types de cœnure, échinocoque, cysticerque, qui ne se rencontrent pas chez l'homme à l'état parfait.

On a prétendu, il est vrai, que le mouton pouvait contenir un cysticerque jusqu'à présent inconnu, le cysticercus ovis, qui se développerait chez l'homme sous la forme d'un nouveau tœnia, le tœnia tenella; mais jusqu'à présent aucune preuve n'indique que ces tœnias de l'homme puissent provenir du mouton ; nul indice, même le plus vague, n'a été relevé de la filiation qui devrait exister entre le tœnia tenella, et le cysticercus ovis, d'ailleurs aussi inconnus l'un que l'autre. Le cysticercus ovis tel qu'il a été décrit étant en état de parfaite similitude avec le cysticercus tenui collis, si anciennement connu chez le mouton.

La grande fréquence des tœnia en Algérie, pays où le mouton est largement utilisé pour la consommation, et où l'habitude que l'on a de le faire cuire entier (ce qui empêche la cuisson complète des parties profondes), a fait songer à la possibilité d'incriminer la viande de cet animal.

C'est encore une erreur. J'ai pu étudier deux exemplaires de ce « tœnia algérien » ; tous deux appartiennent à la variété dite tœnia medio-canellata, qui provient incontestablement du bœuf.

Ainsi donc, rien ne justifie les craintes exprimées à l'égard du mouton. Rarement les cysticerques s'y multiplient au point de déterminer une véritable « ladrerie » et lors même qu'ils seraient abondants, ils n'offrent aucun danger de transmission à l'espèce humaine.

Les médecins qui croient devoir administrer de la viande crue à leurs malades, peuvent donc continuer à leur donner de la viande de mouton, sans crainte des dangers de parasitisme propres à l'administration de la viande de bœuf crue.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 septembre.

Influence de l'organisme du cobaye sur la virulence de la tuberculose et de la scrofule.

M. S. Arloing. — « Nous avons démontré (au mois d'octobre 1884) que le tubercule pulmonaire infecte le cobaye et le lapin, tandis que la scrofulose ganglionnaire vraie ne produit point de lésions viscérales sur ce dernier animal. De ce fait, nous n'avons pas osé conclure que les deux processus étaient spécifiquement distincts, mais force nous était d'admettre que s'ils dérivaient d'un seul agent, l'activité de celui-ci semblait considérablement atténuée dans la scrofulose. Partant de cette idée, il était intéressant de rechercher si l'on pourrait augmenter la virulence de la scrofulose au point de lui permettre d'infecter indistinctement le lapin et le cobaye.

L'organisme du cobaye est un terrain extrêmement favorable à la tuberculose et à la scrofule. Cette dernière l'envahit avec tant de facilité et y revêt un caractère de malignité tel, qu'il était permis d'espérer qu'en l'obligeant à vivre pendant quelques générations sur cet animal, elle deviendrait capable de surmonter la résistance que lui oppose l'organisme du lapin.

Les expériences que j'ai faites dans ce sens ont démontré que le passage de la scrofulose sur le cobaye, pendant deux générations successives, n'augmente pas sa virulence pour le lapin et ne modifie pas sensiblement celle qu'elle possédait pour le cochon d'Inde.

Le résultat est différent avec la tuberculose vraie sous ses formes atténuées.

Parmi les affections osseuses et articulaires de l'homme connues sous les noms de *tuberculoses locales* ou de *tuberculoses chirurgicales*, quelques-unes sont au-dessus des ressources de l'art, tandis que d'autres sont considérablement améliorées, sinon guéries, par l'intervention du chirurgien. Celles-ci sont des manifestations de la scrofulose ; celles-là sont des tuberculoses, mais d'une virulence moindre que la tuberculose du poumon ou des séreuses. Or, si l'on inocule simultanément des lapins et des cobayes avec des lésions de cette nature, il peut arriver que les cobayes présentent les altérations classiques de la tuberculose la mieux généralisée, tandis que les lapins s'en tirent avec une petite collection purulente ou de fines granulations dans le tissu conjonctif sous-cutané, au point d'inoculation, comme s'il s'agissait d'une simple inoculation scrofuleuse. Mais, inocule-t-on les tubercules développés sur les cobayes à de nouveaux lapins, ceux-ci contracteront presque toujours une tuberculose pulmonaire. Les lésions peuvent être discrètes ; néanmoins, implantées dans l'économie des deux espèces animales sus-indiquées, elles provoquent de part et d'autre une tuberculisation manifeste. Parfois, il faut deux cultures successives sur le cobaye pour élever la virulence à la hauteur de la résistance du lapin à la tuberculisation.

L'organisme du cobaye augmente donc la virulence du virus tuberculeux affaibli et semble n'exercer aucune influence sur le virus de la scrofulose ganglionnaire.

Ce fait mérite d'être pris en sérieuse considération, à une époque où l'on tend à confondre la tuberculose et la scrofule en une seule affection. Il justifie une fois de plus la différence que nous avons établie expérimentalement entre ces deux états morbides. S'il n'est pas prouvé encore qu'ils soient l'œuvre de virus distincts, s'il faut admettre qu'ils dérivent d'un seul agent : le bacille tuberculeux à des degrés d'activité différents, au moins nous accordera-t-on que dans la scrofulose ganglionnaire vraie, il est encore plus éloigné de sa virulence primitive que dans les tuberculoses locales. Peut-être en est-il assez éloigné pour constituer une variété fixe, analogue à ces micro-organismes qui, après avoir vécu pendant plusieurs générations sur une espèce animale, sont devenus incapables désormais, en dépit de tous les moyens connus, de tuer l'espèce qui les avait fournis et parmi laquelle ils faisaient de nombreuses victimes.»

MÉDECINE PRATIQUE

L'art de prendre des lavements.

Lasègue a dit à propos du lavement : « C'est une médication pour laquelle je ne peux me défendre d'une profonde admiration ; je veux plaider sa cause et le réhabiliter : tout son malheur provient de ce qu'il est comme une chose dont on se cache, dont on rougit par une fausse pudeur. Le lavement est un agent thérapeutique admirable, parce qu'avec lui on peut mettre en œuvre les médications les plus nombreuses et les plus variées. Suivant la quantité du liquide, sa qualité, son degré de propulsion, sa température, la durée de sa conservation par le rectum, le lavement a les propriétés médicatrices les plus différentes.

En faisant varier ces éléments et en les combinant de diverses manières, on peut remplir les indications les plus dissemblables : le lavement peut servir à l'absorption des médicaments et des aliments : il peut servir à la dérivation ; il peut être employé à l'expulsion des matières fécales accumulées ; enfin, il est la médication topique par excellence de l'intestin dont il peut devenir un modificateur puissant.» (1)

Et Lasègue avait bien raison de chanter les louanges du lavement ; je partage son enthousiasme.

Mais le lavement ne produit d'excellents effets, que si on *sait* le prendre. Or, je prie mes confrères de faire une enquête auprès de leurs clients et de voir combien il y a peu de personnes qui sachent prendre un lavement. Ayant fait cette enquête, j'en suis demeuré très surpris. Les trois quarts le prennent debout ou accroupis ; beaucoup avec une quantité de liquide, insuffisante s'il s'agit d'un lavement détersif, ou trop considérable s'il s'agit d'un lavement médicamenteux destiné à être absorbé. La plupart des gens ouvrent trop le robinet de l'irrigateur ou poussent trop fort d'emblée le piston de la seringue : le jet de liquide, trop chaud ou trop froid, lancé avec trop de violence, provoque aussitôt des contractions expultrices du rectum et le lavement ne pénètre pas ou ressort presque immédiatement. Enfin, le lavement pris, il y a des gens qui ne savent pas le garder.

Il n'est donc pas superflu de rappeler à nos confrères qu'ils feront bien, quand ils prescrivent un lavement, d'expliquer au malade minutieusement comment il doit opérer, de préciser exactement la quantité du liquide, sa température.

Le procédé dont parle Gui de Chauliac ne saurait être applicable à l'homme. « Encerne ou clystère a été prins de l'oiseau nommé cigogne, laquelle, ayant douleur de ventre, prend de l'eau de la mer dans son bec et se la jette par le derrière, comme Galien raconte en l'introductoire des médecins. » On ne se trouvera jamais de nos jours exercer dans un pays assez primitif pour recourir au procédé, qui, d'après Mondière, est utilisé par les habitants de la Côte-d'Or... d'Afrique : « Ils se servent comme seringue d'une courge sèche, ayant la forme d'un matras à long tube recourbé ; ils introduisent la petite extrémité dans l'anus et font pénétrer le liquide dans le rectum en soufflant par la grosse extrémité de la courge. » On trouve ces détails et bien d'autres très curieux, dans l'historique que M. Dujardin-Beaumetz a consacré à la question (2) ; chez quelques

(1) *Etudes médicales*, t. II. De la Constipation.

(2) *Leçons de Clinique thérapeutique*, t. I.

personnes réfractaires au progrès on trouve encore le clysopompe ; mais, si chez beaucoup de paysans on se sert encore de la seringue, presque tous nos contemporains se sont ralliés à l'irrigateur Eguisier.

Malheureusement dans beaucoup de familles on ne possède qu'un irrigateur de trop petite dimension, tandis qu'il serait le plus souvent utile d'avoir un irrigateur pouvant contenir un litre.

Si l'irrigateur est de moindre capacité, et qu'on veuille obtenir l'effet détersif, il faudra prescrire au patient de remplir l'irrigateur une et deux fois au besoin, et de s'injecter le contenu sans retirer la canule de l'anus. Il doit, bien entendu, avant de faire remonter la crémaillière, fermer le robinet. Il n'y a pas de futiles recommandations en pareille matière.

On doit en général n'ouvrir qu'à moitié le robinet quand on commence à prendre le lavement, pour éviter, comme je l'ai dit, la surprise du rectum et sa réaction expultrice. Quand une partie du liquide a déjà pénétré et que l'ampoule rectale est pleine, il y a lieu, au contraire, d'ouvrir largement le robinet afin d'augmenter la pression et de faire pénétrer plus avant la masse liquide.

On ne doit jamais prendre un lavement debout ou accroupi, c'est aussi illogique que de boire la tête en bas. Je crois que la posture la plus favorable est le décubitus rigoureusement horizontal, d'abord couché sur le dos, puis sur le côté droit.

Lasègue disait que la véritable position est celle qui permet la déclivité la plus grande, c'est-à-dire « la posture de l'homme voulant marcher à quatre pattes, la tête touchant presque le sol. »

Je me permets de critiquer cette énonciation, qui peut être juste théoriquement, mais qui me paraît peu pratique ; il faudrait alors qu'un aide fît la manœuvre de l'irrigateur, pendant que le patient aurait bien assez à faire de maintenir sa canule en place et de se maintenir lui-même en équilibre dans une posture aussi peu familière à la majorité des bipèdes humains ; or, il est beaucoup de circonstances où on prend son lavement dans la solitude, soit par nécessité,.... soit par goût. D'ailleurs à moins d'être un vieux praticien, qui peut tout dire, je pense qu'un jeune médecin aura de la peine à se faire prendre au sérieux par une dame, jeune ou vieille, s'il lui propose de se mettre à quatre pattes, la tête en bas, pour se faire administrer un lavement.

Encore est-il que, même dans l'attitude qu'il recommande, Lasègue ne pense pas que le liquide puisse aller au delà de l'S iliaque. « La dilatation ampullaire du rectum, dit-il, possède une capacité d'extension très considérable ; le demi-litre chassé par l'irrigateur Eguisier ne va jamais au delà..... La véritable barrière des apothicaires n'est pas la valvule iléo-cæcale ; elle se trouve au commencement du côlon ascendant. »

J'opposerai à l'opinion de Lasègue sur le point où peut pénétrer le lavement et l'attitude à conseiller au patient des expériences concluantes de Marshall-Hall rapportées dans la thèse de Colson (1). « Sur le vivant, Hall a fait pénétrer jusqu'à cinq pintes (4 litres 65) d'un liquide huileux, et la percussion a permis dans ce cas de reconnaître la présence de ce liquide dans toute l'étendue de l'intestin. Dans une autre expérience, faite sur un jeune homme, qui fut placé horizontalement sur le côté gauche, on fit pénétrer d'abord trois pintes (2 l. 79) de liquide ; puis, comme l'injection ne pouvait aller plus loin, on reconnut que le liquide avait pénétré jusqu'à l'union des côlons transverse et descendant. On plaça alors le sujet sur le côté droit ; on put constater, par la percussion, que le côlon passait dans le côlon transverse et ascendant et l'on put faire alors pénétrer trois nouvelles pintes de liquide (2 l. 79). Enfin je m'appuie sur un nombre imposant de cas où j'ai constaté, en faisant prendre le lavement devant moi avec une quantité de liquide suffisante, que celui-ci dépasse certainement le côlon transverse. Mais il n'y faut pas songer bien entendu avec le demi-litre dont parle Lasègue ; il faut injecter chez l'adulte un litre et demi au moins.

Lasègue, n'admettant pas que le lavement pût dépasser l'S iliaque, expliquait de la façon suivante que, malgré cette faible pénétration, le lavement pût aider le gros intestin tout entier à s'exonérer : Pour montrer, disait-il, que l'action du lavement s'étend bien au delà du point où le liquide pénètre et que cette action est subordonnée à la qualité et à la quantité, je rappellerai qu'un simple verre d'eau sucrée administré par les voies inférieures dans le tube intestinal peut donner lieu à des coliques vives qui se répandront plus ou moins loin. »

Etablissant ensuite un parallèle piquant, mais inexact à ce qu'il me semble, entre la muqueuse intestinale et la muqueuse bronchique, le spirituel vieux maître ajoute : « Il est entré dans la mode, qui est une puissance thérapeutique de premier ordre, de faire faire des inhalations bronchiques ; on a imaginé un petit appareil destiné à envoyer une douce vapeur d'air dans la bouche, avec l'espérance qu'elle pénétrerait dans les bronches. C'est là une illusion, elle n'y pénètre pas plus que le lavement dans le gros intestin ; et cependant, ces pulvérisations sont un très bon modificateur ; car elles agissent à distance par propagation aux régions voisines de leur action sur les points avec lesquels elles sont en contact. Le lavement agit de même sur tout le gros intestin en ne touchant que la portion rectale. »

Il n'est pas légitime de comparer les inhalations de vapeur aux injections de liquide, et je persiste à croire, malgré Lasègue, que l'action du lavement évacuateur est subordonnée plus encore à la quantité qu'à la qualité.

Je conseille donc à mes malades, quand je veux leur faire prendre un lavement détersif, de se placer d'abord sur le dos dans la position rigoureusement horizontale, sans oreiller ni traversin sous les épaules (on peut laisser l'oreiller sous la nuque et l'occiput aux obèses qui sont incommodés d'avoir la tête sur le même plan que le tronc), puis, quand, trois quarts de litre de liquide ont pénétré dans l'intestin, ils se tournent doucement sur le côté droit en continuant l'injection, et ils ont souvent alors

(1) De la méthode intestinale. Paris 1867.

eux-mêmes la sensation du passage du liquide dans les parties transverse et ascendante droite du côlon. Le lavement pris, le patient doit rester quelques minutes immobile, la canule demeurant dans l'anus, en contractant volontairement son sphincter ; puis la canule est retirée doucement.

Quand le besoin d'expulsion n'est pas irrésistible, il est utile de faire doucement avec la paume de la main le massage de la région abdominale correspondant au côlon et au cœcum pour aider le liquide à s'insinuer dans les bosselures du côlon, à imbiber les masses fécales durcies et à les détacher peu à peu des parois intestinales auxquelles elles adhéraient. Ces frictions éveillent généralement aussi les contractions péristaltiques de l'intestin et le besoin d'évacuer le lavement, besoin auquel il est temps alors de laisser le malade donner satisfaction. — Le choix de la canule est important ; les meilleures, quand on veut bien irriguer le gros intestin, sont de longues canules demi-molles qu'on peut faire pénétrer assez haut, à la condition que l'ampoule ne soit pas complètement obstruée par une masse dure contre laquelle vient buter la canule. Dans ce cas, le doigt ou la curette doivent intervenir au préalable pour dégager les abords. Un procédé qui, parfois, vaut mieux que l'irrigateur Eguisier, c'est l'entéroclysme de Cantani ; on peut le simplifier beaucoup avec un tube en caoutchouc qui a la longueur, le calibre et la consistance du tube de Debove pour le lavage de l'estomac, qu'on introduit aussi haut que possible dans le rectum et qu'on met en communication avec un grand entonnoir dans lequel on verse au fur et à mesure autant de liquide qu'on veut; on augmente la pression à son gré, suivant la hauteur à laquelle on élève l'entonnoir.

Le meilleur liquide à ajouter habituellement à l'eau est encore la glycérine neutre, en quantité plus ou moins considérable.

Je ne répéterai pas ici tout ce qui est écrit dans tous les livres de thérapeutique sur les usages et la composition des lavements.

Je veux cependant dire un mot des lavements antiseptiques ; il est une foule d'états morbides dans lesquels l'irrigation abondante du gros intestin avec des liquides antiseptiques rend les plus grands services, d'une part en neutralisant et en évacuant les nombreuses substances toxiques qui séjournent dans le gros intestin et sur lesquelles s'opère une résorption active, surtout si les matières sont demeurées liquides ou molles ; d'autre part en modifiant la muqueuse qui est souvent exulcérée. Le meilleur antiseptique en pareil cas est celui qui n'est pas toxique, et je donne la préférence au borate de soude, qui, additionné d'un peu de teinture de benjoin, combat l'effet irritant des garde-robes acides sur la muqueuse.

Mais je reviendrai prochainement sur ce sujet, et il me suffit aujourd'hui d'avoir soumis aux méditations du lecteur ces réflexions sur l'art de prendre des lavements... utiles.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Les médecins des bureaux de bienfaisance de Paris.

Le *Bulletin municipal officiel* publie un décret du Président de la République en date du 12 août, portant réorganisation des Bureaux de bienfaisance.

Voici les articles concernant les médecins :

CHAPITRE III

PERSONNEL MÉDICAL.

Art. 21. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont nommés au concours.

Art. 22. — Les médecins des bureaux de bienfaisance sont institués par le Ministre de l'intérieur pour quatre années, qui commencent à courir du 1er janvier qui suit leur institution.

A l'expiration du temps pour lequel ils ont été institués, les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être institués par le Ministre pour une nouvelle période de quatre ans et ainsi de suite.

Aucun médecin ne peut rester en activité après sa soixante-cinquième année.

Art. 23. — Les médecins actuellement en exercice peuvent, à l'expiration de la période pour laquelle ils ont été précédemment nommés, être réinstitués par le Ministre de l'intérieur dans les conditions fixées à l'article précédent, sans qu'ils aient à se soumettre au concours.

Art. 24. — Lorsqu'il y a lieu de pourvoir à un emploi de médecin des bureaux de bienfaisance, le concours est annoncé trois mois à l'avance.

Les candidats doivent se faire inscrire à la mairie de l'arrondissement et justifier qu'ils sont Français, âgés de vingt cinq ans au moins, munis d'un diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État, et qu'ils résident dans l'arrondissement où la vacance s'est produite ou dans un quartier limitrophe.

Toutefois, cette dernière condition peut être remplacée par l'engagement de remplir les conditions nécessaires de résidence aussitôt après leur institution.

Le registre des inscriptions est clos un mois avant la date du concours.

Il sera statué, par arrêté du Ministre de l'intérieur, sur les formes du concours et la nature des épreuves, en particulier des épreuves cliniques.

Art. 25. — Au cas où, par suite de l'absence de concurrents ou de l'insuffisance des épreuves constatée par un rapport motivé du jury d'examen, le concours ne donnerait pas de résultats, il serait pourvu aux emplois vacants par le Ministre de l'intérieur sur la proposition des Commissions administratives.

Les dispositions de l'art. 22 sont applicables aux médecins désignés par le Ministre.

Art. 26. — Les médecins institués par le Ministre sont à la disposition du service jusqu'à leur remplacement.

En cas d'empêchement d'un médecin, le service peut être assuré par le directeur de l'administration de l'Assistance publique de concert avec la Commission administrative.

L'allocation des médecins en titre est attribuée à leurs remplaçants.

Art. 27. — A la fin de chaque année, le maire adresse au directeur de l'administration de l'Assistance publique un rapport sur la manière dont chaque médecin a rempli ses fonctions.

Le maire est tenu de transmettre d'urgence au directeur de l'Assistance publique les plaintes écrites portées contre les médecins.

Si ces plaintes paraissent justifiées au directeur, il les communique à la Commission administrative, et, s'il y a lieu, au Conseil de surveillance, par lequel le médecin doit être entendu en ses explications.

Art. 28. — Les médecins des bureaux de bienfaisance peuvent être blâmés ou réprimandés par le Préfet de la Seine, après avis du Conseil de surveillance.

Il peuvent être destitués par le Ministre de l'intérieur, après avis du conseil de surveillance. En cas d'urgence, le Préfet peut prescrire la suspension provisoire d'un médecin.

Le médecin destitué ne peut plus faire partie du personnel médical des bureaux de bienfaisance.

Art. 29. — Les fonctions de médecin d'un bureau de faisance sont incompatibles avec celle d'administrateur.

Art. 30. — Les sages-femmes sont nommées par le Préfet de la Seine, sur la proposition des commissions administratives. Elles ne peuvent être révoquées que par le Préfet de la Seine, après avis des commissions administratives.

Elles sont tenues à la résidence dans l'arrondissement où elles exercent leurs fonctions.

CHAPITRE VI.

DE L'ASSISTANCE MÉDICALE.

Art. 56. — Le service de santé dans les maisons de secours comporte des consultations et des soins médicaux qui sont donnés par les médecins aux indigents à des heures et jours déterminés.

Art. 57. — Les médecins sont chargés du traitement des malades soit à domicile, soit dans les salles de consultation.

Ils sont tenus de fournir les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

Art. 58. — Les sages-femmes chargées des accouchements à domicile sont sous la surveillance du médecin de la circonscription, elles doivent l'appeler quand les accouchements présentent des difficultés.

Elles sont tenues de consigner sur un registre spécial les renseignements statistiques qui leur sont demandés par l'administration.

Art. 59. — Le personnel secondaire des maisons de secours est l'auxiliaire du personnel médical pour les pansements et autres détails du traitement. Il visite à domicile les indigents malades.

Art. 60. — L'assistance médicale à domicile est accordée à titre provisoire, en suite d'une simple demande adressée au secrétariat du bureau de bienfaisance.

Les médecins et les administrateurs divisionnaires sont immédiatement informés des demandes qui les concernent par les soins des secrétaires-trésoriers.

Art. 61. — Une commission dite du *service médical* est formée du président ou du vice-président de la Commission administrative, d'un administrateur et d'un médecin désignés par la Commission administrative et du secrétaire-trésorier. Elle se réunit chaque semaine pour prendre connaissance de tout ce qui concerne le service des malades; elle décide si l'assistance médicale doit être continuée ou suspendue, et statue sur les secours pécuniaires ou autres à accorder aux malades.

Le président de la commission du service médical est ordonnateur secondaire des secours pécuniaires. Il délivre des mandats dans les conditions prévues à l'article 41.

En cas d'urgence, pendant l'intervalle des séances, des secours peuvent être délivrés sur bons en nature ou sur mandats en argent, du président de la commission, qui lui en rend compte à sa première réunion.

Art. 62. — Les médicaments provenant de la pharmacie centrale des hôpitaux sont délivrés dans les dépôts créés près les établissements de secours qui dépendent des bureaux de bienfaisance.

Les autres médicaments sont délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement fournisseurs des bureaux de bienfaisance.

Les ordonnances des médecins mentionnent expressément si les médicaments doivent être délivrés par les pharmaciens de l'arrondissement ou par le dépôt administratif, selon les distinctions prévues à l'article 80.

Les médecins sont autorisés, dans le cas d'urgence, à mentionner sur les ordonnances qu'elles seront servies, sans distinction, par le premier pharmacien auquel s'adressera l'indigent.

Art. 63. — La commission du service médical rend compte à la Commission administrative, à la fin de chaque trimestre, de la situation du service.

Elle propose le vote des crédits nécessaires ; ces crédits comprennent l'ensemble de toutes les dépenses occasionnées par le service des malades.

Art. 63. — Le président de la Commission du service médical est chargé de la désignation pour être envoyés aux asiles de Vincennes et du Vésinet des ouvriers et ouvrières en état de convalescence, ayant leur domicile de secours à Paris qui, pendant le temps de leur maladie, auraient été traités à domicile.

Notre excellent confrère A. Chevallereau, très compétent dans la question, fait à ce sujet dans la *France médicale* les réflexions suivantes :

« Les médecins des bureaux de bienfaisance seront désormais nommés au concours, il ne nous paraît pas discutable que ce ne soit là théoriquement et pratiquement le meilleur moyen de voir ce service fait par des médecins instruits, dévoués et respectueux de leur titre de médecin du bureau de bienfaisance. D'autre part, les droits acquis sont absolument respectés ; les médecins actuellement en fonctions ne seront pas soumis à un concours auquel la plupart se seraient justement refusés, la pratique des bureaux de bienfaisance étant très propre à faire des cliniciens expérimentés et consciencieux, mais favorisant peu les brillantes qualités que l'on est en droit d'exiger de jeunes concurrents.

Aucun médecin ne pourra rester en exercice après l'âge de 65 ans. Cette mesure sera assurément pénible pour de vénérables confrères très dignes de sympathie et d'intérêt, mais un certain nombre d'entre eux pourront passer au service de l'état civil, et ils n'y perdront rien, et d'autre part il est juste de ne pas opposer trop longtemps à des confrères fatigués le très pénible service du bureau de bienfaisance.

Nous ne dirons rien de la forme du concours, puisque le décret n'en dit rien lui-même. Il est permis d'espérer que ce sera un concours très pratique, dans lequel la clinique jouera un rôle à peu près exclusif. »

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

Traitement des métrorrhagies en général.

Il n'est guère de femme qui n'ait eu de métrorrhagie ; c'est là un accident fréquent, pour lequel le médecin est souvent consulté, et contre lequel il doit être armé de nombreuses ressources thérapeutiques. La métrorrhagie, la *perte de sang*, est un symptôme qui, bien traité, tue rarement, mais effraie toujours la malade, l'entourage, préoccupe souvent le médecin surtout lorsqu'elle se répète fréquemment et qu'elle est très abondante. Il est juste de dire que c'est un des cas où notre art peut obtenir les plus beaux succès ; aussi est-ce un véritable service que notre excellent collègue H. Varnier vient de rendre au public médical français en lui faisant connaître sur les conseils de M. Pinard, le Traité des hémorrhagies utérines du Dr Sneguireff (de Moscou) (1). Exposant d'abord sa méthode générale de diagnostic des maladies des femmes, l'auteur étudie les causes des hémorrhagies utérines qu'il divise en réflexes (violentes secousses morales, frayeur subite, etc.) et organiques. Ces dernières, les plus fréquentes, comprennent : 1° les dégénérescences malignes (cancer, sarcome, etc) ; 2° les dégénérescences bénignes (fibromyomes) ; 3° les phlegmasies chroniques (métrite parenchymateuse et endométrite) ; 4° l'avortement, la grossesse (intra et extra-utérine), les maladies puerpérales ; 5° les déplacements de l'utérus (subinvolution, rétroflexion, rétroversion, antéflexion, prolapsus, etc) ; 6° les apoplexies des ovaires, les hémorrhagies du péritoine pelvien ; 7° la ménopause (superinvolution) ; 8° les troubles de la nutrition générale (obésité, stase sanguine, pléthore abdominale). Toutes ces causes sont étudiées séparément et en détail ; après avoir établi le diagnostic différentiel des métrorrhagies, l'auteur aborde la question du traitement qu'il divise en deux parties : 1° traitement des hémorrhagies utérines en général ; 2° traitement des diverses affections qui causent des hémorrhagies. C'est la première partie de ce traitement qu'il nous a paru intéressant de faire connaître aujourd'hui à nos lecteurs, à cause des données nouvelles qui s'y trouvent et dans l'espoir que ce rapide exposé d'une partie de l'ouvrage les engagera à le lire en entier.

II

Si le médecin doit combattre énergiquement toute métrorrhagie qui menace la vie des malades, il doit au contraire parfois respecter des métrorrhagies utiles, nécessaires, bienfaisantes : c'est d'ailleurs là une loi de thérapeutique générale qui concerne toutes les hémorrhagies. C'est ainsi qu'il ne faut pas chercher à arrêter les écoulements sanguins qu'on observe à l'époque de la ménopause chez les femmes obèses, pléthoriques, atteintes d'une affection du cœur, du foie, ou encore d'athérome ; autrement on s'exposerait à voir éclater différents accidents : ou bien le sang trouverait une autre issue moins favorable que la voie utérine ; ou bien le système vasculaire ne pouvant résister à l'excès de tension, les fonctions du cœur seraient sérieusement compromises, des ruptures vasculaires pourraient même se produire. De même dans certaines maladies de l'utérus, mais surtout dans la névralgie ovarique, l'ovarite, la dysménorrhée ovarienne, la grossesse extra-utérine et principalement la variété tubaire, l'arrêt de l'hémorrhagie peut être suivi d'accidents inflammatoires aigus, douloureux, non seulement du côté de l'utérus, mais encore du côté du péritoine et du tissu cellulaire pelvien. Dans les cas où l'hémoptysie alterne avec les métrorrhagies, il ne faut pas perdre un instant la malade de vue, et suspendre tout traitement hémostatique, à la moindre menace d'hémoptysie. Du reste, lorsque le médecin a recours aux hémostatiques, il doit songer que ceux-ci agissent non seulement sur le muscle utérin, mais sur ses annexes et sur l'économie en général et en particulier sur le cœur souvent dégénéré chez les femmes gravides ou ayant eu des accidents puerpéraux. Il doit se rappeler également la possibilité d'une affection des trompes ayant produit l'accumulation d'une certaine quantité de sang dans ces organes et penser que ce sang peut être chassé en partie dans le péritoine sous l'influence de la contraction des annexes de l'utérus. — Ces quelques réserves faites, le médecin doit le plus habituellement essayer d'arrêter la métrorrhagie ; Sneguireff répartit en six classes les moyens utilisables en pareils cas.

1° Médicaments hémostatiques.
2° Hydrothérapie.
3° Injections intra-utérines de substances médicamenteuses.
4° Moyens mécaniques.
5° Moyens chirurgicaux. Hygiène et diététique.
6° Traitement par les bains de soleil.

III

Médicaments hémostatiques.

L'*ergot de seigle* se place en tête des médicaments hémostatiques : en dehors de l'état de grossesse, toutes les métrorrhagies doivent être, avant tout autre traitement, combattues par l'infusion d'ergot à la dose de 6 à 8 gr. pour 200 gr. Sneguireff diffère d'avis avec la plupart des accoucheurs français, lorsqu'il dit : « les cas dans lesquels le seigle ergoté produit le meilleur effet sont ordinairement les cas de métrorrhagies survenant après l'accouchement ou l'avortement, que l'utérus soit tout à fait vide ou *qu'il soit resté une portion du placenta ou des membranes* » ; nous nous réservons de revenir sur ce point de pratique en étudiant complètement l'ergot de seigle. Voici les différentes préparations de seigle ergoté que Sneguireff prescrit habituellement :

1° Infusion de seigle ergoté 4 à 8 gr. par 200 gr. Toutes les deux heures une cuillerée à bouche.

2° Seigle ergoté, en poudre... 0,20 à 0,60 cent.
Sucre blanc, en poudre... 0,30 —
Faire 10 paquets ; en prendre 1, 2 ou 3 par jour.

3° Ergotine... 0,30 cent.
Sucre et poudre de réglisse.... q. s.
Faire 20 pilules ; prendre 1 à 3 pilules par jour.

4° Ergotine... 0,50 cent.
Eau distillée... 8 gr.
Glycérine 4 gouttes (pour injections hypodermiques)

5° Acide sclerotinique... 0,50 à 0,60 cent.
Eau distillée... 8 gr.
Glycérine 2 gouttes (pour injections hypodermiques)

Lorsque le seigle ergoté et ses dérivés sont inefficaces, il faut renoncer aux médicaments utérins agissant sur la contractilité utérine et recourir à d'autres moyens hémostatiques.

Le *perchlorure de fer* à l'intérieur, à la dose de 3 gouttes trois ou quatre fois par jour, est particuliè-

(1) *Hémorrhagies utérines* (Etiologie, diagnostic, traitement par le Dr Sneguireff, édition française rédigée par H. Varnier. — Paris G. Steinheil, éditeur 1886.

rement indiqué lorsque les malades souffrent depuis longtemps de ménorrhagies et de métrorrhagies ; il est bien supporté même par les sujets à digestion languissante.

La *digitale* est surtout très utile dans les cas où les hémorrhagies sont la conséquence de la stase sanguine dans la cavité abdominale et le bassin, et dans les affections du cœur.

Le Dr Sneguireff prescrit volontiers la teinture de *cannabis indica* fraîchement préparée d'après la formule suivante :

Extrait de cannabis indica. 5
Alcool absolu. 95

10 gouttes, 4 à 5 fois par jour. Le goût un peu désagréable de l'infusion de cannabis indica peut être combattu à l'aide de l'eau de laurier-cerise, de l'eau d'amandes amères ou de menthe. Cette infusion est aisément tolérée, ne provoque ni douleurs ni nausées et a un effet plutôt laxatif que constipant. Ses effets thérapeutiques sont précieux ; elle calme les douleurs pelviennes dues à l'utérus et à ses annexes, à la vessie, au rectum. Elle diminue les métrorrhagies et procure du sommeil aux malades ; elle est très utile dans les dysménorrhées, dans les métrorrhagies liées soit à l'inflammation de l'utérus et de ses annexes, soit à l'approche de la ménopause et de la puberté. Pendant la grossesse, cette même infusion agit très bien sur les contractions douloureuses et les hémorrhagies. Dans l'insomnie qui accompagne les affections utérines, on se trouve bien de l'emploi du cannabis indica qui est également efficace contre les douleurs réflexes liées aux affections utérines (douleurs lombaires, cardialgie, douleurs intercostales, etc.) ; on n'obtient, au contraire que des résultats médiocres dans les hémorrhagies dépendant de néoplasmes (polypes, fibromes, cancer), et dans l'hématocèle.

Les acides minéraux (sulfurique, phosphorique) et végétaux sont de bons hémostatiques. *L'élixir acide de Haller* s'emploie surtout contre les métrorrhagies de la grossesse ou au début de l'avortement ; on le prescrit à la dose de 5 à 10 gouttes 3 ou 4 fois par jour. Dans les hémorrhagies en dehors de l'état de grossesse, on peut le joindre à l'infusion d'ergot à la dose de 30 à 35 centigr. pour 200 gr. Les acides végétaux, sous forme de limonades, procurent des boissons rafraîchissantes très utiles dans toutes les métrorrhagies.

IV

Hydrothérapie.

L'eau, employée de diverses manières, à différentes températures, constitue un hémostatique des plus précieux.

Le Dr Sneguireff étudie très complètement l'application des injections et irrigations continues chaudes dans le traitement des affections utérines et puerpérales ; pour lui l'injection chaude est celle dont la température dépasse 35°, atteint ordinairement 35° à 40°, exceptionnellement 42°. Nous devons à la vérité de dire que, dans les hémorrhagies qui surviennent au moment de l'accouchement ou de la délivrance, cette température n'est pas suffisante ; notre excellent maître, M. Pinard, prescrit habituellement les injections à la température de 48° à 50° dans les cas d'hémorrhagies graves. Si ces injections ont l'inconvénient d'être quelque peu douloureuses au début, elles ont en revanche l'avantage d'avoir un effet certain ; dans nombre d'hémorrhagies graves, elles ont toujours donné les meilleurs résultats à la Maternité de Lariboisière, sans qu'on ait jamais besoin de donner d'ergot de seigle, même après la délivrance. En dehors de l'accouchement, les injections chaudes sont simplement vaginales et une température de 35° à 40° est suffisante ; la femme doit être dans le décubitus dorsal, le siège un peu relevé à l'aide d'un bassin, ou mieux encore dans la position genu-pectorale. On se sert d'un réservoir quelconque et d'une canule en gutta-percha ou en verre, perforée à son extrémité et de tous côtés. Avant d'introduire la canule dans le vagin, on a soin de laisser échapper une certaine quantité d'eau afin de se débarrasser de celle qui s'est refroidie dans le tube et surtout de l'air qu'il renferme ; l'extrémité de la canule est enduite de vaseline phéniquée et introduite jusqu'au fond du cul de sac postérieur. L'écoulement de l'eau ne doit pas être rapide ; pour vider le bassin, il suffit d'un tube de caoutchouc de 1 m. 50 à 2 m. de long, qui fait siphon, en plongeant d'un bout dans le bassin et de l'autre dans un vase quelconque situé au pied du lit. Pour arrêter une hémorrhagie, on prescrit ces injections d'une durée de dix minutes toutes les heures ou tous les deux heures ; il est bon de n'élever *que graduellement la température de l'injection*. Les injections chaudes diminuent le volume de l'utérus dans toutes ses dimensions, surtout l'utérus à la période puerpérale, et à un degré moindre, l'utérus à l'état de vacuité ; elles augmentent sa consistance. Quant aux douleurs utérines, parfois accrues au début, elles ne tardent pas à diminuer ; les injections chaudes ont la même action sur les sécrétions de l'utérus dont elles modifient la qualité et la quantité. Malgré les quelques inconvénients (douleurs, nausées, vertiges) que peuvent avoir les injections chaudes, elles rendent les plus grands services dans le traitement des affections utérines, et dans le traitement des métrorrhagies quand elles sont employées dans ce dernier cas et qu'elle provoquent la sudation, on peut en conclure que l'hémorrhagie s'arrêtera bientôt.

Tout en reconnaissant que les injections froides au dessous de 16° ont été employées avec succès contre les hémorrhagies, Sneguireff les rejette presque complètement à cause des accidents médullaires qu'elles provoquent. C'est ainsi que l'irrigation froide continue ne peut être supportée et amène rapidement des symptômes nerveux inquiétants.

On peut faire le même reproche au tamponnement vaginal à l'aide de fragments de glace introduits dans le vagin, moyen qui, dans le cas d'hémorrhagie peu grave, se montre cependant très efficace.

La glace contenue dans un sac de caoutchouc, ou des compresses trempées dans l'eau glacée ou dans un mélange à parties égales d'eau et de vinaigre, et appliquées sur le bas-ventre, sont utiles dans le traitement des métrorrhagies, à la condition de veiller à ce qu'il ne se forme pas d'eschare. Elles diminuent les douleurs et n'empêchent pas l'emploi des injections chaudes ni des irrigations continues dont elles secondent les propriétés hémostatiques.

Lorsque la métrorrhagie est considérable et s'accompagne de phénomènes de collapsus, on peut user avec avantage de l'application de la chaleur, à la partie supérieure et aux côtés de la poitrine, aux extrémités supérieures et à la tête, à l'aide de vessies, de bouteilles remplies d'eau bouillante, de cendre, de sable, etc ; ou bien encore employer les cataplasmes, l'enveloppement des parties supérieures

du tronc dans de la flanelle ou des serviettes chaudes. L'immersion des membres supérieurs dans l'eau aussi chaude qu'ils peuvent la supporter est un remède très utile ; on peut même avoir recours, pour obtenir l'ischémie des organes internes, lorsqu'on a épuisé en vain tous les remèdes hémostatiques, aux bains chauds à une température de 31, 32, 33 et même 35° ; on surveillera le pouls, prêt à parer à tout accident syncopal ou autre, et on ne laissera la femme dans le bain que peu de temps, cinq minutes au maximum. L'effet des bains chauds est tout à fait surprenant dans certains cas d'hémorrhagies, par exemple dans la métrite chronique au moment des poussées aiguës, ou chez les puerpérales : l'hémorrhagie s'arrête pour dix ou douze heures. Parfois deux, trois bains suffisent ; d'autres fois le résultat favorable ne se montre qu'après le dixième bain.

Dans le cas de métrorrhagies chroniques, l'hydrothérapie rend de grands services, sous forme d'enveloppement à l'aide de draps mouillés, ou sous forme de douches abdominales. La température, la durée, la force, l'amplitude du jet varient suivant les malades ; il faut tenir grand compte des sensations éprouvées par les malades pour éviter les quelques inconvénients que peut offrir ce mode de traitement. Les indications de ce traitement sont nombreuses ; son action est précieuse contre l'hémorrhagie due à l'obésité. Plus la malade maigrit, plus la tendance à l'hémorrhagie diminue. Sneguireff a vu des malades retenues au lit par des hémorrhagies des années entières, ne pouvant se lever plus de cinq à six fois par mois, qui, après avoir subi sans succès tout espèce de traitement, revenaient à la santé après un traitement hydrothérapique de deux à trois mois. Elles diminuaient de poids et l'hémorrhagie cessait. Lorsque la métrorrhagie est associée à la pléthore abdominale, à l'atonie intestinale et à la constipation opiniâtre, au météorisme, aux hémorrhoïdes, l'emploi soutenu de douches abdominales, de 28° à 38°, constitue un moyen très énergique pour faire disparaître ces accidents. Dans la métrite chronique, dans les hémorrhagies de la ménopause, dans les déplacements de l'utérus, l'enveloppement à l'aide de draps mouillés et les douches abdominales ont un effet merveilleux contre les ménorrhagies, calment le système nerveux, provoquent le sommeil et améliorent la situation. Les douches abdominales amènent encore un soulagement marqué dans les cas de fibromes sous-péritonéaux et interstitiels, cas dans lesquels les hémorrhagies et la constipation donnent lieu à des souffrances sans fin.

Les injections hémostatiques intra-utérines, pratiquées deux ou trois fois par semaine, ou même tous les jours, présentent quelques dangers et ne doivent être employées qu'autant que le cathétérisme utérin ne provoque ni coliques, ni douleurs, ni nausées, ni troubles généraux quelconques. Parmi les substances médicamenteuses, employées en injections intra-utérines dans un but hémostatique Sneguireff recommande la teinture d'iode pure ou mélangée avec la glycérine dans la proportion de 1 pour 4.

V

Lorsque la métrorrhagie résiste aux injections chaudes, aux médicaments hémostatiques, il faut avoir recours aux moyens mécaniques qui obstruent la voie suivie par le sang, en même temps qu'ils excitent probablement les contractions de l'utérus et de ses vaisseaux. Le plus énergique de ces moyens est le tamponnement du vagin à l'aide de bourdonnets d'ouate imbibés d'une solution phéniquée ou de glycérine : le manuel opératoire du tamponnement, ainsi que les accidents qui peuvent accompagner ou suivre son application sont trop connus pour que nous y insistions. Il est surtout employé lorsqu'on veut diminuer la quantité et la durée de l'écoulement menstruel, contre les hémorrhagies qui dépendent de la subinvolution, de l'endométrite, des déplacements ou des dégénérescences de l'utérus et surtout de la ménopause, enfin contre les métrorrhagies de l'avortement et de l'accouchement. Nous croyons que l'usage du tampon, réalisant même l'antisepsie la plus complète, doit être de plus en plus restreint ; il nous a été donné d'observer récemment un fait qui vient confirmer les idées exposées dans notre dernier article sur la rupture prématurée des membranes (1).

Une femme de 27 ans, enceinte de 7 mois 1/2, arrive morte à l'hôpital ayant perdu en ville une grande quantité de sang ; l'absence de tout bruit fœtal rend inutile l'opération césarienne ; les parents racontent que cette femme a des douleurs depuis vingt-quatre heures, qu'elle a perdu du sang d'une façon effrayante et qu'un médecin a pratiqué le tamponnement. A l'autopsie on trouve un fœtus en présentation du siège, assis en quelque sorte sur son placenta prævia, du liquide amniotique, et les *membranes intactes* ; le tamponnement, pratiqué d'une manière très habile par ce médecin distingué, ne contenait pas une goutte de sang : notre confrère avait été appelé trop tard, la femme ne pouvait plus perdre de sang. Cette femme eût pu être sauvée si les premières personnes appelées auprès d'elle avaient commencé par rompre la poche des eaux ; l'hémorrhagie se fût arrêtée complètement ou à peu près et les injections chaudes, en même temps qu'elles auraient hâté le travail, eussent fait cesser l'hémorrhagie mieux que le tamponnement qui, employé plus tôt, eût pu cependant être utile. Les substances dont on imbibe parfois le tampon sont l'alun, le vinaigre, l'alcool, le perchlorure de fer ; ce dernier agent ne doit être employé qu'avec les plus grandes précautions. — On peut faire usage, au lieu de ouate, du colpeurynter rempli d'air, d'eau chaude ou d'eau froide. — Outre le vagin, on peut tamponner le col de l'utérus, dans les cas d'absolue nécessité et lorsque l'orifice utérin est dilaté ; c'est ce qu'avait fait notre distingué confrère dans le cas précédent. On se sert alors de bourdonnets du volume d'une pistache qu'on introduit avec ou sans spéculum dans la cavité cervicale.

Quant au tamponnement de la cavité utérine, il se fait à l'aide d'un instrument spécial, ressemblant à une sonde utérine dont le bouton est perforé pour laisser passer un fil de soie auquel sont attachés de petits bourdonnets de gaze phéniquée ou iodoformée, de forme conique et de la grosseur d'une tige de laminaria ; ce tamponnement n'est pas exempt de dangers et nécessite de grandes précautions.

On peut encore ranger, parmi les moyens mécaniques hémostatiques, celui proposé par Emmet et employé par Hegar, la suture provisoire de l'orifice du col ; lorsqu'il s'agit d'arrêter instantanément une hémorrhagie formidable, on a recours à la compression de l'aorte abdominale, facile à pratiquer pendant quelques minutes, lorsqu'il n'y a pas entre l'aorte et les parois abdominales soit une tumeur, soit l'utérus augmenté de volume.

(1) Concours Médical 1886.

Le massage, appliqué à l'utérus pendant les 10 ou 12 premiers jours qui suivent l'accouchement, provoque la contraction utérine et prévient l'hémorrhagie et les maladies puerpérales ; de même, le massage de la région abdominale dans le but de lutter contre l'atonie de l'intestin et la stase sanguine, particulièrement chez les femmes obèses, est un adjuvant précieux dans le traitement des hémorrhagies utérines. Il consiste en des frictions légères faites chaque jour, durant 1/4 d'heure ou une heure sur le fond et la paroi antérieure de l'utérus. Lorsque l'utérus est rentré dans le petit bassin on introduit un doigt dans le col, et l'organe tout entier est soulevé vers la paroi abdominale antérieure à travers laquelle on le saisit et on le masse avec la main restée libre.

Lorsque l'involution se fait mal, un massage quotidien amène la contraction de l'utérus et diminue sa sensibilité. On peut avoir recours en même temps à l'hydrothérapie et à l'électricité.

V

Quant aux opérations chirurgicales pratiquées dans le but d'arrêter les métrorrhagies, elles portent sur le col, le corps, le fond de l'utérus ou les ovaires (opération de Battey) : elles sont tellement variées et spéciales qu'elles ne font pas partie du traitement général des métrorrhagies, mais ressortissent au traitement spécial applicable à diverses affections qui causent les hémorrhagies.

L'hygiène et la diététique des femmes, atteintes de métrorrhagies, présentent quelques points spéciaux : les malades doivent être placées dans une chambre exposée au soleil, maintenue à une température de 13° à 15°, parfois moindre et bien ventilée ; à cause de l'état du cœur après les grandes hémorrhagies, on évitera toute impression vive et brusque aussi bien morale que physique : de mari ne doit pas être autorisé à coucher dans la chambre de la malade. A moins de contre-indications spéciales, la femme pourra manger tout ce qui lui fera plaisir : le lait est dans ces conditions une boisson excellente. Sneguireff conseille le lait écrémé, qui est mieux supporté, et fait ajouter à chaque verre une cuillerée de cognac. On proscrira les boissons et les aliments chauds. Le thé et le café seront permis à moins qu'ils ne produisent des palpitations, de l'insomnie, de l'excitation. Sneguireff fait la guerre, nous dit-il, aux femmes qui fument et en usent avec excès : c'est là un point de pratique dont les gynécologistes français ont généralement peu à se préoccuper, sauf peut-être ceux qui ont la bonne fortune (?) de pratiquer dans un milieu où la cigarette mêle ses parfums à ceux du sérail.

Enfin Sneguireff recommande les *bains de soleil* qui rentrent dans la catégorie des remèdes agréables, utiles et d'un effet merveilleux : ils sont d'excellents adjuvants dans le traitement de maintes maladies des femmes et des métrorrhagies. On les prescrit dans tous les cas où les malades, sujettes depuis longtemps à des affections des organes génitaux, ont été soumises sans résultat aux traitement les plus divers. Ils se prennent de la façon suivante. La malade s'enveloppe le ventre et les membres inférieurs de vêtements noirs, la poitrine et la tête de vêtements blancs. On entoure parfois la tête et la poitrine d'une pièce de laine blanche. La femme s'étend sur un lit ou sur un canapé qu'on place dehors en plein soleil ; une ombrelle protège la partie supérieure du corps, tandis que le ventre et les membres inférieurs restent entièrement découverts. Le bain dure ainsi d'une demi - heure à une heure. Après de laps de temps, la malade se retourne sur le côté et se met à plat ventre. La séance est d'une à quatre heures : tout dépend des forces, de la persévérance de la patiente. Au début, elle se sent réchauffée ; puis elle éprouve des picotements. Surviennent bientôt de légers frissons, une soif ardente, des sueurs légères et limitées au début, puis plus tard abondantes et générales. Dès qu'elles ont changé de linge, les femmes se sentent délassées, gaies et calmes ; elles recouvrent l'appétit. L'effet principal et surprenant des bains de soleil est un sommeil profond et réparateur. Au point de vue local, ils calment les douleurs, font disparaître la sensation de pesanteur et de tension du bas-ventre, diminuent les sécrétions catarrhales et menstruelles, l'irritation de la vessie, régularisent les fonctions de l'intestin et font disparaître les migraines. Le nombre des bains à prescrire est variable avec le temps et l'état des malades ; dans certains cas, 20 suffisent, dans d'autres il en faut 60. Les règles n'en contre-indiquent pas l'emploi ; au contraire, lorsqu'elles sont abondantes, on observe la diminution de l'écoulement.

Quant au mode d'action de ces bains, ils activent les fonctions de la peau et décongestionnent ainsi les organes utérins, abdominaux et pelviens ; on peut s'expliquer de la sorte leur action hémostatique.

Toutes les autres méthodes thérapeutiques peuvent être associées aux bains solaires.

G. LEPAGE.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vosges.

Compte rendu de la réunion syndicale du 12 mai 1886.

Le 12 mai 1886 a eu lieu à Epinal, dans la salle du conseil général (Hôtel de la Préfecture), la première réunion annuelle des membres de l'Association syndicale des médecins des Vosges. Monsieur le Docteur Chavanne, vice-président et le Docteur Lahalle, Secrétaire-Trésorier, prennent place au bureau.

Assistaient à la séance : MM. les Docteurs Lardier, Président démissionnaire ; Couturier, Ancel et Martinet fils, d'Epinal ; Thomassin, de Xertigny ; Daviller, de Plombières ; Fleurot, du Val d'Ajol ; Brallet, du Thillot ; Champy, d'Uzemain.

MM. les Docteurs Tissier et Guyon, de Remiremont ; Greuell, de Gérardmer ; Bailly, de Bains ; Eckert, de Corcieux ; Valentin, de Charmes, se sont seuls excusés de ne pouvoir assister à la réunion.

ORDRE DU JOUR :

1° *Compte rendu sommaire de la séance du 6 septembre 85.*

Le Secrétaire-Trésorier donne lecture du compte rendu de la dernière réunion et fait remarquer que le compte rendu devait figurer dans le bulletin syn-

dical du mois d'octobre. Malheureusement, par suite de circonstances imprévues, le bulletin a cessé de paraître et malgré les multiples réclamations du Dr Lardier, nous n'avons pu même rentrer en possession des pièces remises au Président de l'Association de Meurthe-et-Moselle.

Le compte rendu est accepté sans observations.

2° *Démission du Docteur Lardier. Rapport de la commission nommée le 13 avril 1886, concernant les actes reprochés à notre confrère, spécialement au point de vue de sa révocation des fonctions de médecin-major de l'armée territoriale.*

Le Dr Chavanne annonce que le Dr Lardier, notre dévoué Président, a cru devoir donner sa démission au mois de Décembre dernier à la suite de la sentence prononcée contre lui par un conseil d'enquête.

Le Dr Lardier, ayant, de plus, demandé à ce que ses confrères soient juges de la conduite qu'il avait cru devoir suivre, une commission médicale a été nommée à l'effet de se rendre à Rambervillers, de prendre sur place tous les renseignements, et de dire dans un rapport si, oui ou non, notre confrère a manqué à ses devoirs professionnels.

Monsieur le Dr Couturier, Rapporteur de la commission comprenant les Drs Liétard, Ancel, Lahalle, Couturier, donne lecture de l'étude qu'il a bien voulu faire non seulement sur la conduite du Dr Lardier, mais sur la cause même des poursuites exercées par l'autorité militaire, c'est-à-dire sur le droit de réquisition des médecins civils en temps de paix.

Monsieur le Dr Thomassin demande que le Dr Lardier, mis hors de cause par ce rapport, soit réélu à la présidence et invité à reprendre immédiatement place au bureau.

Le Dr Lardier est réélu à l'unanimité des membres présents.

3° *Question de réapparition du Bulletin syndical.*

La réunion est d'avis de faire réapparaître le bulletin syndical spécialement pour l'Association syndicale des Vosges. Cette publication pourra devenir à la fois l'organe du syndicat, de l'Association de prévoyance et aussi celui de la jeune section scientifique.

Ce bulletin sera trimestriel ou semestriel seulement, suivant l'importance des questions à traiter. Il se composera de deux parties distinctes ; une première réservée aux questions professionnelles, une seconde à la publication d'observations scientifiques. Pleins pouvoirs sont donnés aux Drs Lardier et Daviller, pour choisir l'imprimeur, et décider s'il est possible d'augmenter encore les ressources à consacrer pour la publication du bulletin en y admettant des annonces, à l'instar des autres feuilles médicales.

4° *Service sanitaire pendant l'année 1885.*

Monsieur le Dr Lardier donne lecture d'un travail sur le perfectionnement du service sanitaire pendant l'année 1885. Ce travail sera publié in extenso dans le bulletin.

5° *Questions diverses.* — Un confrère de l'arrondissement de St-Dié, désirant conserver l'anonyme signale, par lettre, l'étrange réclame faite, dans un journal politique de la région, à un officier de santé cumulant les fonctions de pharmacien et de médecin. On lit en effet dans le n° de la *Gazette Vosgienne* portant la date du 14 mars 1886, une correspondance de Corcieux, dans laquelle il est dit que, sur l'avis conforme du conseil des Facultés et du Directeur de l'Ecole de médecine, Monsieur X... vient d'être nommé *professeur libre* à l'école de médecine à Besançon.

L'Assemblée, après avoir pris connaissance de l'article incriminé, article que d'autres journaux de la région ont reproduit, considérant d'une part que les écoles de médecine n'ont pas pour habitude de choisir leurs professeurs parmi les officiers de santé, que du reste le titre de professeur libre n'existe pas, invite le Président Lardier à se mettre en rapport avec le Directeur de l'école de médecine de Besançon, lui signaler l'abus commis en se servant de son nom, et décide d'autre part que la réponse de ce fonctionnaire sera adressée aux divers journaux de la région en demandant l'insertion.

Aucune autre question ne se trouvant à l'ordre du jour, la séance est close, et la section scientifique annonce l'examen des différentes communications adressées par des confrères.

A midi un repas bien servi et où a régné la plus grande cordialité, réunissait dans la grande salle du buffet de la gare, les confrères de l'Association syndicale.

Le Secrétaire-Trésorier,
Dr Lahalle.

NOUVELLES

Nos lecteurs, qui ont goûté souvent les excellents articles de M. le Dr Baudry, sur l'ophtalmologie, apprendront avec un vif plaisir, que notre savant confrère a été nommé récemment professeur à la faculté de Lille, où il était agrégé depuis quatre ans à peine.

— Asile d'aliénés de la Seine. — *Concours de l'internat.* — Le lundi 6 décembre 1886, à midi précis, il sera ouvert à l'asile Sainte-Anne, rue Cabanis, n° 1, à Paris, un concours pour la nomination à sept places d'interne titulaire en médecine actuellement vacantes dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (Sainte-Anne, Villejuif, Ville-Evrard, Vaucluse et le dépôt des aliénés près la préfecture de police).

Les candidats qui désirent prendre part à ce concours devront se faire inscrire à la préfecture de la Seine, pavillon de Flore, aux Tuileries (bureau du personnel), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de onze heures du matin à trois heures du soir, depuis le jeudi 4 novembre jusqu'au samedi 20 novembre 1886 inclusivement.

NÉCROLOGIE

Le Dr Boissellier, membre du *Concours médical*, décédé le 14 septembre, à Vezins (Maine-et-Loire).

BIBLIOGRAPHIE

RAISON (A.-G.). — Du traitement des phénomènes douloureux de l'ataxie locomotrice progressive par pulvérisations d'éther et de chlorure de méthyle. Volume in-8° de 42 pages. — Prix 2 fr. 50 aux bureaux du *Progrès médical*, 14, rue des Carmes.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

Huitième année — N° 41 — 9 Octobre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Pseudo-lipôme et vaso-moteurs.

Dans de récents articles sur les affections rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané (1), nous avons résumé l'état de la question sur le pseudo-lipôme, envisagé comme une tumeur neuro-arthritique.

M. le Dr *Liégeois* (de Bainville-aux-Saules) en communique une nouvelle observation (2) accompagnée de commentaires intéressants. Le malade, arthritique, notaire, âgé de 46 ans, était atteint depuis dix-huit mois, d'un pseudo-lipôme du creux sus-claviculaire gauche lorsqu'un second se développa du côté droit.

Le diagnostic en avait été fait par M. Auvray (de Caen) et M. Brongniart (de Contrexéville) et l'importance de ce diagnostic ne saurait être méconnue au point de vue du pronostic, puisqu'un autre confrère avait pris la première tuméfaction pour un chapelet ganglionnaire. Un renseignement fort utile fourni par le malade, c'est que les deux tumeurs sus-claviculaires, réduites au minimum le jour où M. Liégeois les examinait, acquéraient quelquefois sans cause connue du malade des proportions plus considérables. On relevait chez le porteur de ces tumeurs des troubles vaso-moteurs nerveux et variés, tels que l'élargissement de la base du cou par gonflement du corps thyroïde, des douleurs cervico-faciales, notamment de la nuque, des picotements douloureux avec sensation de brûlure sur le devant de la poitrine, la sensation de plomb coulant dans un membre inférieur, etc., et particulièrement un tremblement des mains, à petites oscillations rapides, apparaissant à la suite de contrariétés, de discussions (tremblement émotif). Ce tremblement, fort bien étudié par M. Pierre Marie, dans sa thèse sur les formes frustes de la maladie de Basedow, ne se rencontre pas exclusivement dans la névrose exophthalmique. M. Liégeois, se basant sur l'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer rapidement, a conclu que le malade était un neuro-arthritique atteint d'une myélopathie vaso-motrice intéressant certains des centres vaso-moteurs, variété de cet état auquel on a donné aussi le nom d'irritation spinale. Il proposa pour lui un traitement comprenant :

1° L'hydrothérapie : l'hiver, lotions chaque matin à l'éponge ruisselante; pendant la saison thermale, douches de 14 à 15 degrés pendant quinze à trente secondes sur la nuque d'abord, puis sur le cou, les régions sus-claviculaires, le thorax.

2° L'électrothérapie : application de courants continus, un des pôles sur le centre cilio-spinal, l'autre sur le trajet du sympathique au cou et quelquefois sur la thyroïde, sur les triangles sus-claviculaires, sur le thorax antérieur, mais en plaçant les pôles de telle façon que le courant resserre les vaisseaux.

3° Comme médicaments, ceux qui sont capables de rétablir le *tonisme* normal du centre cilio-spinal, sous la formule suivante.

Extrait de noix vomique...	2 centigrammes.
Phosphure de zinc.........	2 milligrammes.
Ergotine..................	15 centigrammes.

Pour une pilule.

Faire 30 pilules semblables dont on prendra une avant le repas de midi et du soir pendant les huit derniers jours de chaque mois.

(1) Voir *Concours médical*, août 1886.

(2) *Gazette hebdomadaire*, 1er octobre 1886.

Traitement de l'obésité.

Dans une des excellentes conférences de clinique thérapeutique qu'il fait à l'hôpital Cochin, M. Dujardin-Beaumetz a passé en revue les diverses méthodes préconisées jusqu'ici contre l'obésité, méthodes de Dancel, de Banting, de C. Paul, G. Sée, Œrtel, Ebstein, Schwenninger, A. Robin. Après avoir résumé l'état de la question, il a exposé sa manière personnelle d'instituer la cure de l'obésité.

« Constatons tout d'abord ce point capital et dominant, c'est que, quelle que soit la méthode adoptée, le régime des obèses est toujours un régime insuffisant.

Cette ration insuffisante fait que chez l'obèse, il y a toujours de l'autophagisme ; c'est cet autophagisme qui amène la réduction de l'obésité, et lorsque l'on examine attentivement chacun des régimes préconisés on voit que par des artifices variables ils arrivent tous au même but : réduire la ration journalière.........

Si Ebstein conseille les graisses, c'est parce qu'elles diminuent la sensation de faim, et que par le dégoût qu'elles produisent, comme l'avait dit Hippocrate, elles empêchent l'obèse de trop manger. Si Dancel repousse les sauces et tous les condiments, c'est que les mets bien préparés excitent le désir de manger. Si d'autres, comme Bouchard, ordonnent un régime exclusif d'œufs et de lait, c'est parce que l'uniformité même du régime amène une certaine fatigue et un certain dégoût. Si Schwenninger défend de boire aux repas, c'est parce qu'il sait bien qu'il est difficile de manger sans prendre de boisson.

En un mot, il s'agit, par des moyens usuels, de diminuer l'alimentation de l'obèse, et surtout d'abaisser à son minimum les quantités d'aliments féculents et hydrocarbures qu'il doit prendre.

Les obèses se divisent en deux groupes ; les uns sont forts et vigoureux, grands mangeurs ; les autres, au contraire, sont faibles et débiles, à chair molle et flasque. Il est impossible d'attribuer le même régime alimentaire à ces deux groupes.

Les premiers pourront subir toutes les rigueurs du traitement de la réduction ; les autres, au contraire, n'en obtiendront que de tristes effets. Il faudra donc approprier le régime alimentaire aux différents cas.

Pour les boissons, on doit proscrire entièrement les alcools, et le plus souvent ne donner que de l'eau.

Les exercices, bien entendu, doivent marcher de pair avec la diminution de l'alimentation. Ici, l'accord est unanime ; manger peu et fatiguer beaucoup, ce sont là les points essentiels du traitement hygiénique; parmi ces exercices, j'insiste surtout sur celui du *mur*.

Cet exercice consiste à appliquer aussi exactement que possible toute la partie postérieure du corps sur une surface verticale de manière à bien mettre en contact les deux parties, puis le malade élève ses bras au-dessus de sa tête en les maintenant étendus et en leur faisant décrire une demi-circonférence d'avant en arrière. Cet exercice développe d'une façon toute spéciale les muscles abdominaux et permet de maintenir d'une façon plus rigide les parois abdominales.

Enfin, il existe un traitement médical de la polysarcie, et l'on a vanté les acides, le vinaigre en par-

FEUILLETON

Comment on obtenait jadis le grade de Docteur.

(Extrait d'un discours prononcé par M. le Dr *Colleville*, professeur suppléant à l'École de Reims.)

C'était après bien des épreuves multiples qu'on obtenait le grade de docteur. A ce sujet, je vous demande la permission de vous parler aussi brièvement que possible du mode d'enseignement mis en pratique, surtout depuis les réformes apportées par Guy-Patin.

Dès l'origine, toutes les matières médicales se partageaient en 3 catégories : 1° les *choses naturelles* comprenant l'anatomie et la physiologie ; 2° les choses *non naturelles*, c'est-à-dire l'hygiène et la diététique ; 3° les *choses contre nature*, renfermant la pathologie et avec elle la matière médicale et la thérapeutique. La pathologie portait alors non seulement sur l'étude des maladies et des symptômes, mais encore, sur la doctrine savante des crises et des jours critiques. La thérapeutique impliquait : les indications, les remèdes, le régime de nourriture, la saignée et la méthode purgative dont les règles étaient alors si importantes et si multipliées. Dans le courant du XVIIe siècle, il y eut un cours de chirurgie fait en français pour les apprentis barbiers ; en plus, une chaire de botanique et de pharmacie. Les professeurs juraient de faire leurs leçons orales « en robe, à longues manches » et sans interruption, sauf les jours de fêtes. Il est vrai qu'en plus des grandes solennités religieuses et de leur vigile, on chargeait souvent la Faculté d'un nouveau saint ; sans compter saint Luc et saint Antoine, les patrons de fondation, on avait la Sainte-Catherine, la Saint-Remi, la Saint-Nicolas, etc. Le côté pratique de la science était très négligé ; tout se passait en argumentations pompeuses, les discussions scientifiques consistant le plus souvent en tournois intellectuels. Rien ne devait désarçonner le candidat. Il nie, il distingue, il infirme, il affirme, il prouve tout avec la même sûreté de raisonnement. Il échappe aux dilemmes, il oppose le syllogisme au syllogisme, il pare en tierce avec Aristote, il pointe en quarte avec Galien. Aucun texte ne l'étonne dans l'attaque ni ne lui fait défaut dans la réplique. On peut d'ailleurs s'en donner une idée en étudiant le programme des épreuves nécessaires à l'obtention des 3 grades en médecine.

Et d'abord celui de bachelier. A l'époque de la Saint-Martin, au jour fixé par le doyen, les candidats, après la messe, comparaissent en longue robe

ticulier, le *Fucus vesiculosus*, l'iode et les iodures. Tous ces moyens n'occupent qu'un rang très secondaire dans le traitement de l'obésité ; mais il n'en est pas de même des purgatifs et des alcalins.

Les purgatifs, quels qu'ils soient, et en particulier les eaux purgatives et les purgatifs drastiques, sont tous applicables au traitement de l'obésité. En effet, chez l'obèse, le développement de l'intestin joue un certain rôle, et par ces purgatifs non seulement on fait une saignée blanche à l'individu, mais on diminue le tympanisme intestinal.

Quant aux eaux alcalines, elles ont une réelle influence sur la cure de l'obésité, surtout lorsqu'elles sont légèrement purgatives.

En résumé, voici comment je procède : Je commence par examiner avec grand soin le malade qui réclame mes soins pour la cure de l'obésité ; je constate s'il n'existe chez lui aucun vice organique qui explique ou complique cette obésité ; car, comme l'a bien fait remarquer Bouchard, dans un très grand nombre de cas, la polysarcie constitue une maladie secondaire. J'examine avec une grande attention le cœur et la circulation ; la dégénérescence graisseuse du cœur est, en effet, une complication qu'on retrouve souvent chez les obèses, et cette dégénérescence doit modifier dans une certaine mesure la rigueur de nos prescriptions. Une fois tous ces points acquis et après avoir vérifié l'intégrité des organes, je prescris le régime suivant :

Pour les boissons, ou le malade boit à ses repas, ou il s'engage à ne prendre aucune boisson pendant ces mêmes repas. Dans le premier cas, je limite la quantité de liquide à un verre et demi, c'est-à-dire à 300 grammes. Cette boisson se composera de vin rouge ou blanc coupée avec une eau alcaline. Dans le second cas, le malade peut boire plus abondamment, mais comme le veut Schwenninger, deux heures après avoir mangé ; la boisson se compose alors de thé léger sans sucre. Je proscris absolument les vins liquoreux, les liqueurs et les eaux-de-vie et la bière. J'autorise dans certains cas le malade à prendre un peu de café noir à la fin du déjeuner.

Pour les aliments, je repousse les aliments trop aqueux, tels que la soupe, j'autorise les œufs, le poisson, les viandes, les légumes verts et les fruits, mais je réduis à leur minimum les féculents.

Pour le pain, j'ordonne surtout un pain léger et dont la croûte forme la plus grande partie, de manière à avoir un pain volumineux sous un poids réel très léger. Défense absolue de la pâtisserie.

J'exige que le malade pèse avec grand soin tous ses aliments et qu'il se tienne rigoureusement dans les poids que je vais fixer.

Premier déjeuner à huit heures : 25 grammes de pain ; 50 grammes de viande froide (jambon ou autre) ; 200 grammes de thé léger sans sucre. Deuxième déjeuner à midi : 50 grammes de pain ; 100 grammes de viande ou de ragoût ou deux œufs (l'œuf privé de sa coque pèse 45 à 50 grammes) ; 100 grammes de légumes verts ; 15 grammes de fromage ; fruits à discrétion.

Dîner à 7 heures : pas de soupe ; 50 grammes de pain ; 100 grammes de viande ou de ragoût ; 100 grammes de légumes verts ; salade ; 15 grammes de fromage ; fruits à discrétion.

Je joins à ce traitement l'emploi des purgatifs

---

noire devant la Faculté spécialement convoquée. L'un d'eux, au nom de tous, adressait une supplique respectueuse pour qu'on voulût bien les admettre à l'examen. Ils présentaient alors leur diplôme de maître ès-arts (aujourd'hui bachelier ès-lettres). De plus, ceux qui désiraient plus tard être reçus *au grand ordinaire*, devaient justifier de 4 ans de cours dans les Universités de Reims ou de Paris : on n'exigeait que 3 ans de stage pour le *petit ordinaire*. Le *Major ordo* conférait avec le titre de Docteur-Régent, le droit de pratiquer *ubique terrarum* et d'entrer dans le corps de l'Université avec voix active et délibérative dans ses assemblées. Le *Minor ordo* qui donnait le droit de s'appeler *Docteur regnicole*, permettait d'exercer la médecine dans tout le royaume, sauf dans les villes où il y avait des Universités. Enfin, les *étrangers* ne pouvaient, avec leur grade de *Docteur étranger*, instrumenter que « hors du royaume ». On leur faisait spécialement jurer « de n'empoisonner personne et de ne participer à quelque empoisonnement que ce fût ».

Au jour fixé pour l'examen, en plus des juges désignés, chaque docteur présent avait le droit de poser un certain nombre de questions aux candidats. Pendant quatre heures, ils étaient interrogés sur toutes les matières médicales. Pour terminer, on leur donnait à chacun un aphorisme d'Hippocrate à commenter. La veille de l'examen, l'étudiant avait déposé chez le doyen 300 livres comme prix de consignation. En plus, il faisait remettre à chacun des membres de son jury, 3 livres de bougies, pour rappeler probablement qu'ils étaient les lumières de la science.

S'ils étaient jugés dignes d'entrer *in docto corpore*, ils prêtaient serment entre les mains du doyen et recevaient sa bénédiction, genou en terre. On les proclamait bacheliers en leur mettant sur la tête une couronne en feuilles de chêne, en mémoire d'As de Beauchêne. Pour conserver leur nouveau titre, ils devaient se soumettre à d'autres épreuves. Le mois de février suivant, ils subissaient devant tous les professeurs un examen d'anatomie. Pendant quatre heures encore, ils répondaient à toutes les questions posées et décrivaient, grâce à une dissection préalablement faite, l'usage et les fonctions de toute une région imposée. Peu de jours après, le doyen et le président choisissaient un sujet *quelconque*, de physiologie, sujet qu'on devait développer dans une thèse dite : *thèse quodlibétaire*, divisée en 5 paragraphes. Celle-ci était soutenue devant une nombreuse assemblée. Pour cet acte, l'argumentation était d'une durée effrayante : on se disputait de 6 heures du matin à midi. Les escarmouches préliminaires faites par les bacheliers présents, avaient lieu de 6 à 8 heures. Le candidat devait réfuter de son mieux en

soit sous forme de pilules ou de poudre laxative. J'ordonne les exercices corporels appropriés au sujet, et enfin, je fais pratiquer le massage.

J'ai obtenu par ce régime des résultats forts remarquables ; est-on toujours aussi heureux ?

Malheureusement non. L'âge, en effet, joue un rôle considérable dans le pronostic du traitement, et autant vous pouvez promettre une cure pour ainsi dire complète aux malades qui ne dépassent pas trente ans, autant vos efforts seront infructueux lorsque vous approcherez de l'âge de quarante-cinq à cinquante ans. Les résultats du traitement dépendent aussi de la cause de l'obésité, maladie le plus souvent secondaire; la pathogénie de l'obésité n'est pas unique, et par cela même elle résiste plus ou moins au traitement dirigé contre elle. L'état d'intégrité des organes a un grand rôle dans le pronostic, et lorsque par exemple il y a dégénérescence du cœur, vous ne pouvez rien tenter, car ce traitement de réduction est un traitement d'inanition, et son plus sérieux inconvénient est d'affaiblir le cœur, de telle sorte qu'un obèse à cœur gras doit rester obèse plutôt que de se soumettre à un traitement qui doit abréger ses jours. Enfin, le résultat du traitement dépend surtout de la volonté que le malade mettra à suivre ces prescriptions.

Il ne faut oublier jamais, en effet, que dans un pareil traitement il ne suffit pas d'ordonner des règles précises et rigoureuses. Il faut qu'elles soient exécutées, et toute votre autorité sera souvent nécessaire pour maintenir près des malades la rigueur de vos ordonnances. L'obèse, en effet, malgré son grand désir de maigrir, se fatigue facilement du régime auquel vous le condamnez, et, dès qu'il aura obtenu une légère amélioration, il abandonnera vos prescriptions ; il reprendra son régime habituel, et, en peu de jours, tous vos efforts, si chèrement achetés, seront perdus. »

Le volontariat des étudiants en médecine.

Le ministre de la guerre a donné, dans une certaine mesure, satisfaction aux réclamations qu'avait fait surgir sa décision relative aux volontaires étudiants en médecine qui devaient cesser, dès cette année, de servir comme infirmiers.

Le ministre de la guerre a décidé :

1° Que les sursis auxquels les engagés conditionnels étudiants en médecine ou en pharmacie ont droit, aux termes de l'article 57 de la loi du 27 juillet 1872, seront renouvelés tant que l'étudiant n'aura pas vingt-quatre ans accomplis.

2° Qu'à l'expiration de ces sursis, les étudiants, alors âgés de près de vingt-cinq ans, qui, étant reçus docteurs en médecine ou pharmaciens de première classe, ou qui, possédant douze inscriptions pour le doctorat, auront subi, avec succès, l'examen d'aptitude prévu par l'article 2 du décret du 5 juin 1883, ou celui prévu par l'art. 2 du décret du 10 janvier 1884, seront admis à réaliser leur année d'engagement conditionnel dans un hôpital militaire ou dans un corps de troupe, suivant les conditions déterminées par le règlement du 25 mai 1886.

Toutefois, les dispositions des articles 17, 18 et 19 dudit règlement ne leur seront pas applicables. Ils n'auront dans la hiérarchie militaire la position

---

latin, langue officielle, les questions présentées. Ensuite, la bataille devenait plus générale; 3 heures d'argumentation faite par les docteurs désignés *ad hoc* ; enfin, de 11 heures à midi, tous les assistants avaient le droit d'intervenir et d'accabler de questions le malheureux récipiendaire, seul contre tant d'ennemis à la fois. Pendant qu'il était sur la brèche, ses interrogateurs trouvaient dans une pièce attenante à la salle des actes, du vin et des rafraîchissements fournis par les candidats.

Au mois de mai et de juin, avaient lieu les interrogations de botanique, sagement placées à l'époque de la floraison des plantes. Les consignations pour les examinateurs changeaient un peu de nature : au lieu de bougies, le candidat les conviait à une excellente collation.

Cinq à six mois après, en décembre, on faisait une épreuve de médecine opératoire sur le cadavre. On dissertait ensuite, 3 heures durant, sur les causes de telle maladie déterminée, sur son diagnostic, son pronostic et son traitement.

Après toutes ces tortures, il était acclamé, *licencié*. Pour arriver au Doctorat, il n'avait plus qu'à soutenir la thèse *cardinale* sur une question quelconque de pathologie ou d'hygiène. Cette dénomination vient de ce que le cardinal d'Estouteville, qui avait déjà supprimé le célibat obligatoire pour les médecins, avait institué ces sortes d'actes publics. La soutenance durait depuis cinq heures du matin jusqu'à midi ; chaque bachelier présent était tenu de proposer deux arguments au répondant. On lançait, à cette occasion, de nombreuses invitations dans la ville avec prière de venir pour applaudir. La veille, le candidat remettait au doyen deux paires de gants blancs, deux pains de sucre de moyenne grosseur et trois livres de bougies. Par une attention toute délicate, les épouses de chaque docteur-régent recevaient également une paire de gants blancs.

Le soir, on s'asseyait à un splendide et joyeux festin, chez le nouveau collègue. A propos de son décanat, Guy-Patin raconte, en « gourmand par état », suivant l'expression si spirituelle de Brillat-Savarin, le festin qu'il offrit à ses confrères pour son joyeux avènement ; « Hier, dit-il, trente-six de mes collègues firent grande chère ; je ne vis jamais tant rire et tant boire par des gens sérieux et même de nos anciens ; c'était du meilleur vin vieux de Bourgogne que j'avais destiné pour ce festin. » Les repas de corps figurent assez honorablement parmi les bonnes traditions que nous avons su conserver.

de caporal qu'après six mois de présence effective, et jusque-là, ils ne toucheront que la solde de simple soldat.

Ceux de ces jeunes gens qui seront dirigés sur un hôpital seront immatriculés, pour ordre, dans le régiment en garnison dans la ville.

3° Que pour bénéficier de ces dispositions, ils devront en faire la demande dans le dernier trimestre de l'année scolaire, et avant le 1er octobre, au plus tard, *terme de rigueur*, au directeur du service de santé du corps d'armée dans lequel ils ont signé leur engagement. *Par exception, cette année, la date sera reculée au 1er novembre.*

Ces engagés conditionnels seront appelés individuellement, pour une année, aux époques que fixera le ministre.

Traitement des phénomènes douloureux du tabes dorsal.

C'est à l'application réitérée de pointes de feu le long du rachis qu'un grand nombre de médecins ont d'abord recours. D'autres se contentent de pratiquer des injections de morphine aussi fréquentes qu'il le faut : nous n'avons pas besoin de rappeler quels inconvénients entraîne la morphinomanie. Les pilules de nitrate d'argent, le phosphure de zinc ne réussissent pas toujours. L'usage du chloral, continué quelque temps à dose assez élevée, trouble assez gravement les voies digestives.

M. Bouchard a constaté empiriquement que certains tabétiques voyaient diminuer, puis disparaître leurs douleurs par l'emploi quotidien du salicylate de soude, et nous avons vu dans son service un malade qui devait à ce moyen une amélioration considérable : 1 gramme était la dose quotidienne habituelle, même quand le tabétique ne souffrait pas. Quand une crise survenait, on donnait 2, 3, 4 grammes et bientôt les douleurs disparaissaient ; en outre les accès devenaient de plus en plus rares et courts.

M. A. G. Raison vient de consacrer sa thèse à démontrer que les pulvérisations d'éther ou de chlorure de méthyle donnent de très bons résultats. Le premier moyen est le plus simple. Un pulvérisateur Richardson se trouve presque partout, et on peut augmenter la réfrigération en ajoutant à la pulvérisation l'action d'un courant d'air, produit par un soufflet. Il faut pousser la réfrigération jusqu'à l'apparition de la tache d'un blanc neigeux où l'anesthésie est absolue et qui donne à la pulpe des doigts la même sensation que le contact d'un morceau de glace. Avec le siphon imaginé par M. Debove, pour la pulvérisation du chlorure de méthyle, le même résultat est plus rapidement obtenu. Mais il n'est pas aisé de s'en procurer partout. M. Raison pense qu'il y a lieu d'utiliser la réfrigération de deux manières ; ou bien on fait les pulvérisations loco dolenti au moment de la crise douloureuse ou bien on dirige des réfrigérations répétées régulières sur la colonne vertébrale au niveau des points de la moelle supposés malades. On peut d'ailleurs combiner utilement ou faire alterner ces deux procédés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 5 octobre).

Durcissement et moulage des cerveaux. — Cerveau des hystériques.

M. le Dr *Luys* communique une méthode spéciale de durcissement et de dissection de la substance cérébrale, à l'aide de réactifs spéciaux, et du clivage de ses fibres.

On immerge successivement la substance cérébrale dans un bain de bichromate de potasse à saturation, puis d'alcool méthylique, puis dans un bain de chloral saturé ; on obtient ainsi un durcissement spécial qui permet de détacher des lambeaux de substance blanche, comme on détache des fibres de bois en les suivant selon leur direction, et de pouvoir ainsi suivre les fibres, par une sorte de clivage dans leur direction naturelle. Par cette méthode, M. Luys a pu mieux étudier la disposition des deux systèmes de fibres blanches disposées harmonieusement autour des noyaux centraux, fibres qu'il appelle thalamo-corticales et cortico-striées.

Sur les pièces suffisamment durcies par la méthode, M. Luys a pu même à l'état frais prendre l'empreinte des reliefs avec une couche de plâtre ; il a pu ainsi obtenir, ce qui n'avait pas encore été fait, sur un moulage, le relief de ce noyau de substance grise spéciale décrit par Stilling à la base du cerveau et qui n'est pas plus gros qu'un pois.

Enfin M. Luys, présente le cerveau d'une malade qui a été toute sa vie le plus complet type de l'hystérie, et qui a succombé à des accidents étrangers à cette maladie.

Chez elle c'étaient surtout l'excitabilité nerveuse, l'émotivité qui étaient en jeu ; elle avait été, à diverses reprises, soumise à l'hypnotisme sans grande atténuation de ses accidents nerveux. Le cerveau offre des irrégularités morphologiques dont la plus saillante est l'existence, au niveau de la partie supérieure du sillon de Rolando, de l'hémisphère gauche, d'un pli supplémentaire qui vient du lobe ovalaire et s'interpose comme un coin entre l'extrémité de la pariétale ascendante qu'il projette en arrière et celle de la frontale ascendante qu'il projette en avant. Dans l'hémisphère droit, la frontale ascendante est interrompue dans sa continuité, disposition rencontrée jusqu'ici surtout par M. Luys dans le cerveau d'aliénés chroniques, anciens hallucinés. M. Luys signale encore le développement des lobes carrés à droite et à gauche ; or certains auteurs sont portés à considérer ces régions comme des sièges de sensibilité et d'émotivité psychique. Enfin il existe une saillie du lobule paracentral que M. Luys a vu coïncider plusieurs fois avec certaines formes d'exaltation cérébrale.

M. Luys en arrive à conclure que si l'hystérie est considérée comme un ensemble protéiforme de troubles dynamiques originaux, ces troubles dynamiques ne sont pas seuls à constituer la maladie. Ils expriment un désordre organique sous-jacent, un état cérébral souvent héréditaire, fatalement inhérent au sujet, et qui est la caractéristique véritable de l'allure de son esprit et des manifestations né-

vropathiques de toute sorte qu'il présente dans son évolution et auxquelles il ne peut se soustraire. On naît hystérique, on vit hystérique et on meurt hystérique.

Diverses observations ont été échangées par MM. Lagneau, Féréol, Dujardin-Beaumetz. Ce dernier, qui a eu la malade longtemps dans son service, rappelle que Burq, après avoir momentanément modifié ses troubles sensitifs par des injections sous-cutanées de chlorure d'or, l'avait soumise à l'hypnotisme et à la suggestion sans bénéfice autre que de lui inspirer une terreur diabolique.

CHIRURGIE PRATIQUE

Des altérations du rein dans les affections qui produisent la rétention de l'urine.

De la néphrite ascendante infectieuse

Un très grand nombre de maladies des voies d'excrétion de l'urine s'accompagnent d'altérations rénales plus ou moins précoces et dont l'évolution est de rapidité variable. Le chirurgien doit, connaissant ce principe, se tenir en garde et rechercher par un diagnostic précis ces complications qui peuvent modifier notablement le pronostic, et souvent aussi guider le choix de l'intervention curatrice. Le Rein, par ses fonctions éliminatrices, joue dans l'économie un rôle capital ; est-il altéré, l'urine qu'il sécrète présente des modifications dont la constatation est le plus sûr moyen de diagnostic. Aussi est-il toujours de la plus haute nécessité que le praticien examine celle-ci, tant au point de vue de la quantité que de la composition, toutes les fois qu'il se trouve appelé à soigner un malade atteint d'une affection qui peut mettre obstacle au cours de l'urine ou causer une inflammation spéciale des voies qu'elle parcourt.

L'appareil urinaire, rappelons-le brièvement, se compose de deux parties, une *sécrétante* et une *excrétante*. La substance rénale proprement dite forme la première partie, la seconde commence au sommet des pyramides de Malpighi et, sous les noms divers de calices, bassinet, uretères, vessie et urèthre, forme la voie d'excrétion du liquide.

Tout obstacle au cours de l'urine dans un point quelconque de ce long et complexe canal produit fatalement une stase plus ou moins complète du liquide au-dessus, et les parties supérieures de l'appareil se dilatent simplement ou subissent, en se dilatant, des modifications inflammatoires qui tantôt amènent une hypernutrition des tissus fibreux la *sclérose*, tantôt produisent la *suppuration*.

Nous voulons seulement aujourd'hui appliquer au rein lui-même une de ces notions générales et appeler l'attention sur les causes qui le font suppurer, qui le désorganisent, qui produisent en un mot une *néphrite infectieuse* ; celle-ci atteignant le rein en remontant le cours de l'urine, le nom de néphrite ascendante lui a été donné par *Klebs* en 1868. Un mot pour bien limiter ce que nous entendons décrire : L'*infection* a pour critérium la présence dans les parties malades de certains organismes inférieurs dits *microbes pathogènes* qui, venus de l'extérieur, se développent dans les milieux favorables qu'ils trouvent dans l'organisme surtout dans des points qui sont préparés quelquefois par des altérations préalables. La néphrite infectieuse ascendante est produite par des organismes inférieurs développés dans les voies urinaires, malades plus ou moins, et qui remontent vers le rein qu'ils attaquent et où ils se développent, y trouvant un milieu favorable à leur évolution.

Historique. — *Rayer* (1841), dans sa magistrale description des pyélo-néphrites, avait entrevu leurs relations avec les maladies que nous allons signaler.

Pasteur (1855), en montrant le rôle des organismes inférieurs dans la fermentation de l'urine (Torula urinae), attira l'attention sur le rôle que pouvaient jouer ces agents dans les maladies des voies urinaires.

Klebs (1868) constatait qu'à la suite des cystites purulentes le rein était atteint de lésions ascendantes et que la lumière des tubes urinifères était remplie de granulations présentant les caractères physiques et les réactions chimiques des microbes.

Lancereaux (1876) montrait la relation évidente entre les suppurations du rein et la présence des vibrions et des bactéries dans cet organe.

Aujourd'hui le fait est manifeste et certain, la décomposition de l'urine dans les voies urinaires et l'altération consécutive du rein sont dues à l'introduction d'organismes microscopiques venant du dehors. Ils peuvent être apportés par les instruments, les opérations sur la vessie, la blennorrhagie. Dès qu'il y a un peu d'irritation du bassinet, de l'uretère et du rein, les micro-organismes montent jusqu'au rein et les tubes de Malpighi se remplissent de microbes.

Etiologie. — La néphrite ascendante peut donc s'observer dans tous les cas où une affection des voies urinaires a produit la stagnation de l'urine et l'inflammation subaiguë ou chronique des voies qu'elle parcourt.

Les *rétrécissements de l'urèthre*, l'*hypertrophie de la prostate* sont les causes les plus fréquentes ; la *pierre*, les *cystites*, les *tumeurs de la vessie*, les calculs du bassinet ou de l'uretère sont plus rarement incriminés. Le *cancer de l'utérus*, les *kystes de l'ovaire*, qui amènent la dilatation des uretères et du rein, se rencontrent aussi quelquefois.

En somme, les maladies qui nécessitent des manœuvres telles que le cathétérisme, la dilatation progressive, la lithotritie sont les portes d'entrée des micro-organismes. Mais ce ne sont là que des causes prédisposantes ; la seule, l'unique cause de la néphrite bactérienne est l'importation dans le rein des éléments infectieux. Leurs sources et leur nature sont diverses. Les plus communes sont ceux de l'urine décomposée, la torulacée ammoniacale, ou *micrococcus ureae* de Pasteur et Van Tieghem, le *bacille* en longs filaments isolés ou articulés de Miquel ; la *bactérie articulée* du Prof. Bouchard.

Les microbes de la suppuration se rencontrent aussi dans le rein malade ; enfin, les organismes de la blennorrhagie (gonococcus de Neisser) et le bacille tuberculeux peuvent aussi remonter vers le rein et y produire des néphrites spéciales. Mais nous les laissons de côté aujourd'hui.

Physiologie Pathologique. — Un grand nombre d'expériences dues à Zemblinoff, Guiard, le Prof. Lépine, et que nous avons nous-mêmes reproduites il y a quelque temps, montrent que l'ascension des microbes vers le rein est un fait réel ; elles montrent aussi, ce que prouvent d'ailleurs les faits de simple dilatation rénale dans le cancer utérin (Lancereaux) et les tumeurs du ventre, que la simple stagnation obtenue par la ligature parfaitement aseptique des uretères ne produit jamais la suppuration rénale. De plus, elles prouvent que la stagnation urinaire et l'inflammation, tout en étant des causes adjuvantes de l'ascension, ne sont point nécessaires et qu'une fois les microbes introduits dans la vessie, ou l'uretère, ils peuvent remonter contre le cours de l'urine. — Que l'ascension soit due aux mouvements propres des bactéries (Klebs), au reflux de l'urine (Virchow), aux contractions de l'uretère (Zemblinoff), aux filaments de mucus provenant du bassinet (Beck), elle est un fait certain et les micro-organismes pénètrent à un moment donné dans le bassinet. Alors l'urine s'altère sous leur influence, en même temps que le rein, congestionné souvent d'une façon répétée, produit un liquide légèrement albumineux, souvent chargé d'urée quand survient la fièvre, et dans ce milieu la pullulation se fait extrêmement vite.

A côté de ces données, nous croyons aussi qu'il se fait par la voie circulatoire une résorption de certains éléments soit organiques, soit chimiques, encore peu connus, et qui contribuent déjà à débiliter l'organisme et à faire du rein un lieu de moindre résistance, puisqu'ils s'éliminent par cette voie.

Anatomie pathologique. — Trois facteurs se rencontrent dans les lésions des néphrites ascendantes des urinaires ; l'importation bactérienne, l'inflammation, la dilatation ascendante. Cette dernière n'est point nécessaire.

Nous éliminons d'emblée la néphrite interstitielle chronique avec dilatation sans suppuration ; c'est une lésion purement mécanique et nullement infectieuse. Mais sous l'influence de l'arrivée des microbes, la dilatation peut se compliquer de suppuration *lente* ou *aiguë*, formes bien désignées pour la première fois par M. Lancereaux.

Nous pouvons résumer de la façon suivante le processus anatomique : 1° Dilatation avec stase urinaire (lésion non infectieuse), infection, suppuration aiguë ou chronique — pyélo-néphrite.

2° Dilatation et stase (inconstantes), néphrite infectieuse rayonnante commençant par le sommet des pyramides (néphrite parasitaire de Klebs).

3° Néphrite aiguë diffuse ou avec abcès miliaires disséminés ; glomérulo-néphrite suppurée — glomérulite bactérienne.

Dans le premier cas, *dilatation avec pyélite*, les bassinets sont dilatés, la couche pyramidale est pâle, amincie, jaunâtre et anémiée ; le bassinet contient un muco-pus jaunâtre ou grisâtre très ammoniacal, qui adhère à la surface de la muqueuse. Tout le liquide fourmille de micro-organismes ; le tissu fibreux du rein s'est hypertrophié, et on voit à la surface de petits kystes transparents formés par la compression des canalicules.

Dans la seconde forme, que nous appelons *néphrite suppurative parasitaire rayonnante*, les reins sont tuméfiés, rouges ou brunâtres, semés de taches blanches ou jaunâtres qui forment la base d'infarctus coniques à sommet central. Dans la substance médullaire, on voit des tractus blanchâtres rayonnant du sommet des pyramides vers leur base. Ces tractus sont formés par les tubuli dont la lumière est oblitérée par des spores et des filaments. Bientôt le sommet des pyramides s'érode, les rayons deviennent jaunâtres, plus épais, s'épanouissent en gerbes vers la substance corticale, des abcès se forment le long de ces rayons et il se forme des loges purulentes dans les pyramides ; au microscope, on voit que ces abcès commencent toujours par l'effondrement d'un tube produit par l'accumulation des masses microbiennes.

Dans la *néphrite parasitaire avec abcès miliaire*, les lésions ont marché vite, et ces abcès disséminés dans la *couche corticale*, souvent très nombreux, peuvent coïncider avec les lésions radiées que nous venons de décrire, ou se montrer isolés. Nous croyons qu'ils peuvent avoir pour origine l'invasion des glomérules par les microbes, mais aussi qu'ils peuvent se produire comme tout abcès pyohémique en envahissant la couche corticale du rein par la voie circulatoire dans laquelle ils ont pu pénétrer par une plaie de la vessie, une érosion de l'urèthre par exemple.

Symptômes, Marche, Diagnostic. — Ces néphrites ont tous les caractères généraux des maladies infectieuses, et comme les lésions l'ont montré, il en est deux formes : la *chronique* et l'*aiguë*.

A. *Forme chronique.* — La dilatation rénale, qui si souvent précède l'infection, est caractérisée par la *polyurie* nocturne chez les prostatiques, diurne chez les rétrécis, quelquefois une albuminurie légère ; des troubles digestifs, inappétence, diarrhée, sécheresse habituelle de la langue. Le début des accidents infectieux est variable, souvent consécutif à une exploration instrumentale ; souvent on ne peut le préciser à cause des renseignements erronés fournis par le malade. Bientôt des signes importants se montrent : la *douleur rénale* au-dessous de la 12e côte, spontanée ou provoquée, d'intensité très variable.

La *modification des urines* frappe l'attention des malades soigneux : elles sont abondantes, muqueuses, troubles (polyurie trouble) ; elles laissent un dépôt blanchâtre de pus et d'épithélium.

La *température* est un peu au-dessus de la normale, et de temps en temps il y a des poussées de 1 ou 2 jours montant à 39.5 ou 40°.

Les troubles digestifs, la langue urinaire (sèche, fendillée, rouge à la pointe et aux bords), les diarrhées

intermittentes sont encore caractéristiques de la cachexie urinaire progressive qui amène une mort assez lente avec des phénomènes cérébraux délirants ou comateux.

B. *Forme aiguë.* — Elle a vivement frappé les chirurgiens par ses caractères tranchés. M. le Prof. Verneuil, en 1856, fut un des premiers à signaler les accidents brusques qui surviennent parfois à la suite d'un cathétérisme, d'une lithotritie, de l'application d'une sonde à demeure. Le début est marqué par un ou plusieurs accès de frissons erratiques, la température monte tout à coup à 38, 39 et 40° puis des vomissements surviennent.

La *douleur rénale* est très vive ; les *urines sont chargées* de pus et peu abondantes, la fièvre est continue avec des accès intermittents quotidiens, ou tous les deux jours.

La *langue* est sèche, râpeuse, noire au milieu, rouge sur les bords ou à la pointe et fortement acide. Quelquefois surviennent des éruptions pustuleuses, des abcès dans le tissu cellulaire, des arthrites congestives ou suppurées, en somme toutes les complications de la pyohémie.

La maladie dure 4, 5, 8, 10, et quelquefois 15 jours.

Pronostic. — La polyurie trouble est toujours d'un pronostic sérieux, car elle indique que le rein est touché par l'infection et recommande la plus grande réserve dans toutes les manœuvres sur les voies urinaires.

La forme aiguë est toujours mortelle et contre-indique toute intervention active.

Traitement. — Les origines de l'infection rénale se trouvant dans la fermentation de l'urine vésicale, et dans la présence des microbes dans la vessie, les moyens les plus naturels pour l'éviter sont de combattre la stagnation urinaire et l'inflammation, et surtout de prévenir l'importation microbienne. Ainsi donc la suppression des causes de stagnation urinaire ou d'inflammation sera la meilleure prophylaxie. Mais dans l'exécution des actes qui composent ce programme, il faut toujours *empêcher l'accès des microbes dans la vessie ou au moins les y détruire.* Les opérations, si minimes qu'elles soient, ne seront faites qu'avec des instruments aseptiques, la vessie sera lavée avec les solutions boriquées à 4 % et on la remplira de cette solution pour pratiquer la taille ou la lithotritie.

On devra aussi, comme le recommande M. le Dr Terrier (Soc. de Chirurgie), faire prendre aux malades de 1 à 2 gr. de biborate de soude à l'intérieur. Cette substance, s'éliminant par le rein, peut agir comme antiseptique local de la façon la plus avantageuse.

Dr Barette,
Chef de Clinique Chirurgicale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Un jugement instructif.

4 juin 1886.

Entre le docteur Mercier, demeurant à Montargis,
Et le sieur Victor Simon, employé de la gare de Ferrières, — Nous Maxime Beauvilliers, juge de paix du canton de Ferrières, vidant notre délibéré, — avons rendu contradictoirement en dernier ressort, le jugement qui suit :

VU,

Premièrement la citation de Chartier, huissier à Ferrières, en date du 23 avril 1886 ;

Deuxièmement nos 3 jugements avant faire droit, des 30 avril, 7 mai et 21 mai 1886 enregistrés ;

EN FAIT,

Attendu que le 11 janvier 1880, pendant le grand hiver de 1879-1880, dans une saison excessivement rigoureuse, le docteur Mercier qui demeure à Montargis, par une nuit glaciale, a été appelé concurremment avec le docteur Petitfour, de Ferrières, et emmené de Montargis en toute hâte par ce dernier, dans sa petite voiture découverte, ainsi exposé à toutes les intempéries de cette saison;

Attendu que, sachant que la première femme du sieur Simon était en danger de mort, le docteur Mercier s'est empressé d'accompagner son confrère le docteur Petitfour, pour l'assister et donner leurs soins réunis à la femme Simon, dans la circonstance particulièrement grave d'un accouchement des plus laborieux, avec les complications inhérentes à cette situation maladive ;

Attendu que le 24 avril 1885, le sieur Simon, averti pour paraître en conciliation devant nous, et cité depuis par exploit de Chartier, le 23 avril 1886, dans le délai voulu par la loi, dispensant le docteur Mercier d'adresser un nouvel avertissement, a plusieurs fois changé de système de défense, dans le cours de la procédure suivie contre lui par le docteur Mercier ;

Que primitivement, le 24 avril 1885, dans notre cabinet de conciliation, jour où nous avons accordé un permis de citer à M. Mercier, et depuis, à la première audience du 30 avril 1886, le sieur Simon, loin d'abord de nier la dette, paraissait disposé à faire des offres au docteur Mercier, et résolu de demander une diminution d'honoraires, que ce dernier lui aurait peut-être alors accordée, si le sieur Simon, mieux inspiré en maintenant ses premières et meilleures dispositions, avait gardé une attitude plus conciliante, et n'avait pas laissé se poursuivre le procès actuel, et occasionné ainsi, par son fait, des frais que le sieur Simon eût pu facilement éviter ;

Attendu que ce n'est que depuis qu'il a été cité par l'huissier en avril 1886, que le sieur Simon a successivement prétendu :

1° Que la somme de 90 fr. 90 c. qui lui était réclamée, était exagérée.

2° Qu'il ne devait rien au docteur Mercier ; qu'au surplus il ne l'avait pas demandé pour l'accouchement ;

3° Que d'ailleurs, lui Simon avait payé au docteur Petitfour, qui les avait reçus, non seulement ses honoraires personnels, mais encore ceux dus au docteur Mercier.

4° Qu'au surplus, il invoquait la prescription ;

Considérant que l'assertion du sieur Simon n'est pas exacte, attendu que le docteur Petitfour, dont le sieur Simon se garde bien de produire le reçu, a touché exclusivement les honoraires à lui dus personnellement par le défendeur, et qu'il n'a nullement compris dans la somme par lui encaissée les honoraires particuliers dus au docteur Mercier, dont il n'a jamais été le mandataire ;

Attendu que le docteur Petitfour s'est formellement abstenu de comprendre dans le mémoire acquitté par le sieur Simon, les honoraires dus à son collègue le docteur Mercier ;

Attendu que la note reçue par M. Petitfour, pour son compte personnel, comprend en outre des visites faites par lui seul, antérieurement et postérieurement à l'accouchement de la femme Simon ;

Que, d'ailleurs, il ressort des débats publics des audiences des 30 avril, 7 mai, 21 mai 1886, que le sieur Simon n'a pas nié la présence du docteur Mercier à l'accouchement si laborieux et si douloureux du 11 janvier 1880 ;

Attendu que la demande de 90 fr. 90 c., faite par le docteur Mercier, est justifiée par les circonstances de la cause, la saison rigoureuse, la nuit si froide, dans laquelle il a accompli son voyage de Montargis à Ferrières et par les complications si sérieuses de la couche de madite dame Simon ;

EN DROIT,

Attendu que la prescription édictée par l'art 2272 du code civil ne peut être invoquée, lorsque, comme dans l'espèce, il résulte de la défense du sieur Simon qui en excipe, que le paiement au docteur Mercier n'a pas eu lieu.

(Voir arrêts de la Cour d'appel de Paris, du 11 novembre 1818, et du 25 mars 1815) ;

Attendu qu'il est conforme à la vérité que le sieur Simon n'a pas payé le docteur Mercier, qu'il ne peut en fournir la preuve ;

Attendu qu'il résulte d'une récente prétention de Simon que ce n'est pas par un paiement réel fait au docteur Mercier lui-même, mais par un autre mode d'extinction de la créance, qu'il se trouverait libéré. Que cette prétention ne saurait être admise. (V. arrêt de cassation du 25 février 1863.) Qu'en effet, dans son dernier système de défense, Simon prétend s'être libéré implicitement, vis-à-vis du docteur Mercier, par le paiement qu'il aurait fait à M. Petitfour, paiement qui comprendrait, suivant le défendeur, les honoraires dus aux deux docteurs Petitfour et Mercier pour l'accouchement du 11 janvier 1880 ;

Attendu que cette prétention du sieur Simon n'est pas exacte et ne saurait être admise, puisque la somme encaissée par M. Petitfour ne s'applique exclusivement qu'aux honoraires à lui personnellement dus et ne comprend pas, comme voudrait l'insinuer Simon, les honoraires dus au docteur Mercier ;

Attendu que l'allégation du sieur Simon n'est nullement justifiée ; que, le fût-elle, le docteur Petitfour, n'ayant pas pouvoir du sieur Mercier, le paiement ne serait pas valable, d'après l'art. 1239 du Code civil, ainsi conçu :

« Le paiement doit être fait au créancier, ou à « quelqu'un ayant pouvoir de lui, ou qui soit autorisé par justice, ou par la loi, à recevoir pour lui » ;

Attendu que, dans l'espèce, le sieur Simon n'a rien payé au docteur Mercier créancier ; que le docteur Petitfour n'avait pas pouvoir de M. Mercier pour recevoir, et que, du reste, il n'a rien reçu pour son confrère ;

Par tous ces motifs, disons : 1° qu'il n'y a pas lieu d'admettre la prescription invoquée par le sieur Simon ; 2° qu'il y a lieu de repousser le moyen de défense émis par le sieur Simon, prétendant, par son seul paiement fait à M. Petitfour, s'être en même temps libéré vis-à-vis de M. Mercier ;

En conséquence, condamnons le sieur Simon à payer à M. Mercier la dite somme de 90 fr. 90 cent. à lui due pour honoraires de l'accouchement de la première femme de M. Simon ;

Et attendu que, par des conclusions supplémentaires posées à notre audience de ce jour, M. Mercier, prenant en considération la modeste position de Simon, simple employé de chemin de fer, déclare lui accorder terme et délai pour le paiement de la dite somme de 90 fr. 90 cent.

Disons que cette somme de 90 fr. 90 c. devra être payée par le sieur Simon dans un délai de 6 mois, à partir de ce jour, en quatre paiements partiels ;

Condamnons en outre le sieur Simon, en tous les frais et dépens, d'avertissement, de citation, des 3 jugements avant faire droit, du présent jugement et de ses suites.

Délivrance de médicaments par le médecin.

Des projets de loi sur *l'exercice de la médecine et de la pharmacie* sont à l'ordre du jour. Un mot avant le vote.

Dans la pratique de l'art de guérir, officiellement partagé en deux branches, l'une médicale, l'autre pharmaceutique, une double question se pose pour résoudre cette difficulté unique : soigner le malade. Le médecin peut-il donner des médicaments, le pharmacien peut-il faire autre chose que préparer les médicaments prescrits par le médecin ?

— Plus que jamais les mœurs font les lois, aussi est-il hors de doute qu'aucun texte n'empêchera le médecin de donner en cas d'urgence un médicament capable de sauver son malade ; pas plus qu'aucun texte ne décidera le malade à consulter un médecin pour un coryza ou des engelures. Il faut donc, si les deux professions doivent rester séparées, ce que je crois bon, limiter les prétentions mutuelles et les empiétements réciproques de ceux qui les exercent.

De part et d'autre, que se passe-t-il en pratique ? La comparaison peut être instructive. On n'a jamais vu de médecin distribuer dans son cabinet de médicaments quand il a dans sa résidence une officine régulière. Il n'exerce pas la pharmacie, il se borne à faire le nécessaire, en cas d'urgence, au nom de l'humanité ; de même qu'en d'autres circonstances, il peut, sans caractère sacerdotal, administrer le premier en date des sacrements, urgente Lucina, sans s'exposer à des poursuites pour exercice illégal d'un culte reconnu par l'Etat.

Le pharmacien au contraire, habituellement, donne chez lui des consultations, entreprend souvent le traitement des maladies chroniques, va quelquefois, j'en suis certain, à domicile, comme celui de X..., s'y fait même conduire en voiture à deux chevaux et revêtu de son habit noir ! (Bien que rares, ces cas se présentent, celui-ci est tout récent.)

Donc le médecin, dans l'intérêt du malade, prend quelquefois des médicaments tout faits chez un pharmacien, et les délivre en cas d'urgence dans l'intérêt de celui qui est en danger.

Le pharmacien, au détriment du médecin, donne ordinairement des consultations qu'il prend toutes faites sous son bonnet et dans un intérêt mercantile. Il est vrai qu'il a encore un autre but, sa vanité à satisfaire, sa profession à relever à ses yeux et à ceux des clients en paraissant faire à lui seul toute l'œuvre de la guérison. Voyez ces tendances si nettement accusées dans les prospectus :

« Enfin, nous sommes parvenus, après des re« cherches laborieuses, des efforts pénibles et coû« teux, des veilles prolongées, à présenter au public

« un médicament infaillible qui, à moins d'indica-« tions spéciales du médecin, doit se prendre de « telle et telle façon, dans tel ou tel cas. » Suit l'étalage des titres et des récompenses obtenues par le héros. Le public, ébahi par cette pompe, ne doit pas payer trop cher le produit de tant de sueurs et de tant de mérite ; il achète et paie..., le tour est joué ; c'est du commerce, n'est-ce pas ?

Quant aux résultats de cet empiètement devant la magistrature, que nous confondons en ce cas avec la justice, je veux citer quelques mots d'un article du journal *Le Praticien*, du 27 septembre 1886 :

« Un médecin qui fournirait 30 gr. d'huile de « ricin à un client, pourrait être condamné à 500 fr. « d'amende au minimum, et, s'il n'est pas poursuivi « d'office par le ministère public, il le serait par le « syndicat des pharmaciens, dont les juges n'ont « pas contesté le droit à l'existence, comme ils l'ont « fait pour les Syndicats médicaux. Au contraire, « que le pharmacien donne autant de consultations « qu'il voudra, le médecin pourra se plaindre, mais « non poursuivre, et, si le ministère public se décide « à sévir, la condamnation ira jusqu'à 1 ou 5 francs « d'amende. »

Eh bien, en présence de cet état de choses, des prétentions *si modestes* des pharmaciens, je réclame pour le médecin, dans un article de loi bien clair, au nom des malades, de la justice et du bon sens, la reconnaissance explicite d'un droit : celui de délivrer des médicaments dans les cas d'urgence ; et je le libelle ainsi, cet article que je soumets à mes confrères-législateurs.

« Le médecin peut toujours, dans le cas d'ur-« gence, dont il est seul juge, au domicile des ma-« lades, en dehors de l'agglomération où réside un « pharmacien, délivrer quelque médicament que ce « soit, dont la provenance est garantie par la mar-« que d'une officine régulière. »

Quant aux droits médicaux des pharmaciens, qu'ils les fassent valoir; pour moi, je les limite à la vente libre des substances désignées par les articles 7 et 9 du projet publié le 18 septembre par le *Concours Médical*.

Rien à dire des herboristes; leur suppression me laisse froid, et je ne romprai pas pour eux une lance, ni même une lancette.

X...,
Ancien interne des hôpitaux, tout comme nombre de pharmaciens.

Médecins de colonisation en Algérie.

Le service médical de colonisation en Algérie est régi par le décret du 23 mars 1883. Les docteurs en médecine pourront être admis dans les cadres du personnel titulaire jusqu'à l'âge de trente-cinq ans accomplis. Cette limite est portée à quarante ans pour les praticiens qui justifieront de cinq ans de services dans les armées de terre et de mer.

Les avantages accordés aux médecins de colonisation, en dehors de la clientèle payante, sont les suivants :

1° Traitement fixe (à la charge de l'Etat) de 3,000 francs au début (5e classe) et de 5,000 francs au maximum (1re classe), passible de la retenue pour les pensions civiles ;

2° Indemnité de logement de 500 francs à la charge des communes composant la circonscription médicale, ou logement en nature ;

3° Indemnités réglementaires pour les vacations judiciaires ;

4° Rétributions du département pour les vaccinations réussies ;

5° Indemnités éventuelles pour la surveillance des enfants du premier âge et honoraires payés par les départements pour les enfants assistés malades.

Les candidats aux postes de médecins de colonisation doivent adresser une demande au Gouverneur général de l'Algérie, en y joignant une copie dûment légalisée de leur diplôme de docteur, leur casier judiciaire et leur acte de naissance.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les Syndicats et l'Association de la Sarthe.

Nous empruntons au compte rendu de l'Association des médecins de la Sarthe (séance du 17 juin 1886) le très intéressant travail suivant dû à M. le Dr Bourdy, Secrétaire de cette société :

Rapport sur les Syndicats.

Messieurs et chers Collègues,

L'Assemblée générale de 1885 a donné mission à la Commission centrale d'étudier la question des Syndicats.

La Commission centrale a nommé une Sous-Commission composée de MM. Lejeune, Mélisson et Bourdy. J'ai été nommé Rapporteur, et c'est à ce titre que je viens vous donner connaissance des recherches que j'ai faites sur cette importante question.

Les Syndicats sont nés d'hier, en 1880, sous l'impulsion de notre distingué confrère, le Dr Margueritte (du Havre); après un début difficile, ils se sont rapidement étendus à toute la France.

Le 1er août 1883, le Secrétaire général de « l'Association générale des médecins de France », M. le Dr Foville se voyait obligé de reconnaître que « la question s'imposait ». Le dédain des premiers jours était vite disparu, il avait fait place à une sympathie de bon aloi ; rien de plus naturel, lorsqu'on vit la nouvelle forme de réunion acceptée avec enthousiasme dans notre pays.

L'acte de se réunir, « se syndiquer », c'est-à-dire se protéger mutuellement, se mettre d'accord venait à point; s'il est un temps où le Corps médical a besoin de se défendre, c'est le nôtre ; du haut en bas de l'échelle sociale, nous avons des ennemis ; de ce besoin de défense sont nés les Syndicats, qui sont au nombre de plus de cent, et ont déjà fait bonne besogne.

Certaines formes d'Associations médicales ont pour but d'assurer le médecin contre le malheur. — Elles économisent pour l'avenir.

Les Syndicats songent au présent et font de la déontologie médicale pratique; ils traitent de préférence les questions matérielles de la profession.

Les difficultés de la lutte pour la vie existent aussi bien à la ville qu'à la campagne ; la fortune ne favorise pas tout le monde, et les heureux de la profession doivent aide à ceux qui vivent péniblement de notre art. Ce ne sont pas toujours les moins méritants et les moins dévoués.

En donnant appui à ces dignes confrères, les Syndicats aident à augmenter leur bien-être.

Ils obligent, par leurs statuts, les médecins à se réunir plus fréquemment, à se mieux connaître, à moins se jalouser, ils font, par là, œuvre bonne et morale.

Ils s'occupent ardemment d'obtenir la révision des tarifs de la médecine judiciaire, tarifs qui ne sont plus conformes aux besoins actuels.

La question des rapports des médecins avec les Compagnies d'assurances leur tient à cœur. Vous n'ignorez pas, chers Collègues, qu'une loi nouvelle doit augmenter de beaucoup la responsabilité des patrons ; pour échapper aux conséquences de la loi, les chefs d'industries s'assurent aux diverses Compagnies qui existent soit en France, soit à l'étranger.

Dans toutes ces assurances, le médecin a la part la plus lourde, et les Compagnies donnent à leur expert des honoraires souvent dérisoires, toujours insuffisants, surtout si l'on tient compte des responsabilités.

Les Syndicats sont en train de triompher des résistances intéressées, grâce à l'énergie de certains d'entre eux.

Il s'occupent d'améliorer les honoraires du médecin des pauvres. Dans la Sarthe, nous avons été sur ce point à l'avant-garde et nous nous sommes syndiqués avant qu'il fût question des Syndicats. A cette question se rattachent toutes les branches de l'Assistance médicale.

Les Syndicats offrent un appui solide dans le règlement des questions d'honoraires entre clients et médecins. Il possèdent un Bureau permanent qui permet d'obtenir une très prompte solution des questions pendantes.

Dans cette énumération, j'oublie, je le crains, des questions importantes; il me reste à vous dire qu'aujourd'hui encore, malgré le dénouement de l'affaire de Domfront, les Syndicats sont consultés par les autorités départementales et municipales sur les question vitales de la profession.

Pour obtenir de tels résultats, le Dr Margueritte avait besoin de collaborateurs convaincus et dévoués.

Il fut ardemment soutenu par M. le Dr Cézilly, directeur du journal « le Concours médical ». Inutile de vous faire remarquer combien était précieux le dévouement du fondateur d'un journal s'occupant sérieusement de nos intérêts. Il fut soutenu aussi par MM. les Drs Mignen et Barat-Dulaurier ; réunis, ils parvinrent à secouer la torpeur habituelle du Corps médical.

Grâce à ces dévoués confrères, l'élan était donné.

Les Syndicats sentirent ensuite que s'ils restaient isolés, ils ne pourraient rien ; ils se groupèrent, «l'Union des Syndicats » fut fondée, union féconde, les rendant solidaires, grâce à laquelle ils forcèrent l'attention de groupes de médecins qui les voyaient jusqu'alors avec déplaisir ; ils intéressèrent le Corps médical de la capitale, jusqu'alors rebelle à la nouvelle forme, surtout dans le quartier de la Villette. Les Syndicats se présentèrent à Paris sous le nom de Société de « Déontologie médicale ». A cette tentative se trouve étroitement lié le nom du Dr Ladreit de La Charrière.

A coup sûr, la voie nouvelle n'a pas toujours été une voie triomphale. La magistrature, par son interprétation littérale du texte de la loi sur les Syndicats, est venue jeter une note discordante.

La personnalité civile, qui semblait couronner nos efforts, nous a été refusée aussi bien en première instance qu'en cassation.

Est-ce un motif de se décourager ? faut-il abandonner tout le terrain si péniblement conquis ? Tel n'est pas l'avis du Rapporteur de la Sous-Commission.

J'estime, au contraire, qu'il nous reste de vigoureuses espérances : les Chambres, auteurs de la loi de Liberté, ne voudront pas se déjuger; elles permettront, dans un article additionnel, l'accès de la personnalité civile à toutes les professions libérales, à l'ouvrier de la pensée, comme à l'homme de métier ; mais, pour cela, il faut s'agiter, se réunir.

L'Association médicale de la Sarthe, qui a déjà marché en tête dans la voie du progrès, ne voudra pas rester en arrière ; elle apportera, j'en suis certain, une nouvelle pierre à l'édifice de la liberté professionnelle.

Il lui reste peu de choses à faire, il ne faut que légèrement modifier son règlement.

Notre Association est la seule qui, dans son ensemble, ait embrassé tous les points de l'horizon médical.

Elle n'est pas une simple Société de secours mutuels, elle s'occupe aussi des intérêts moraux et professionnels ; il ne lui manque que l'approbation administrative, qui ne peut lui être refusée, pour être tout à fait un Syndicat.

Si le mot Syndicat choque les oreilles de certains de nous, rien n'empêche de prendre le nom d' « Association médicale professionnelle de la Sarthe », comme cela s'est fait à Nancy.

Déjà, l'un des arrondissements de la Sarthe a donné l'exemple ; pourquoi ne pas suivre, dans la voie qu'ils ont explorée, nos confrères de Saint-Calais ?

Notre vieille Association deviendrait le Syndicat central; avec des réunions plus fréquentes et obligatoires, elle pourrait enfin donner naissance à des Sous-Syndicats qui réuniraient les confrères ayant mêmes intérêts géographiques, sans prendre souci des étroites limites de département.

Réunie aux autres Syndicats français, notre Association professionnelle pourra peser du poids de sa vieille expérience et de son autorité.

Comme les autres Syndicats l'obtiennent, elle aura l'appui réel des Sénateurs et des Députés du département.

Les autres professions libérales s'agitent dans ce but ; faisons de même ! Unis à elles, nous sommes sûrs du résultat, et lorsque nous l'aurons obtenu, nous montrerons, par notre modération, que si nous avons été âpres à la revendication de nos droits, nous savons aussi quels sont les devoirs de notre noble profession, qui n'a jamais marchandé, à aucune époque, ni son dévouement ni sa générosité.

Peut-être cela ne sera qu'une première étape ! et pourrons-nous obtenir l'Ordre des médecins comme il existe, pour leur grand bien, l'Ordre des avocats, la Chambre des avoués et des notaires ?

Ce serait, à coup sûr, le meilleur moyen de moraliser la profession, s'il en était besoin.

En attendant ce jour, bien lointain sans doute, commençons par former un Syndicat.

C'est le vœu que le Rapporteur de la Sous-Commission vous propose d'adopter et de mettre à l'ordre du jour de la prochaine Assemblée générale. »

A la suite de ce rapport, M. le Dr Rameau, à son tour, lit un travail sur le même sujet.

Après avoir énuméré les espérances qui avaient été fondées sur les Syndicats et qui ne se sont pas toutes réalisées ; après avoir indiqué nos « desiderata » professionnels et le peu qui a été fait en faveur du corps médical, l'honorable Dr Rameau rappelle l'arrêt de la cour de Cassation relatif à l'af-

faire de Domfront, puis il conclut en ces termes :

Ainsi donc la magistrature a mis les médecins hors la loi.

Pour payer la patente de l'impôt des chevaux et voitures, elle trouve bon de les assimiler à de simples boutiquiers.

Et encore pour l'impôt des chevaux et voitures, les commerçants, cultivateurs et autres payant patente ne sont soumis qu'à la demi-taxe, et nous, par une exception gracieuse, nous payons la taxe entière.

Toutes ces inégalités ont fait dire au congrès de Lyon que la magistrature en France, quand il s'agit de médecins, ne fait pas son devoir. — Le jugement est sévère pour la magistrature, le législateur devrait avoir sa part.

Les syndicats institués ne pouvant plus compter sur la magistrature ont eu recours directement aux législateurs.

Ils ont demandé aux Chambres que la loi sur les syndicats soit complète et qu'elle s'étende à tous les citoyens sans distinction de caste ni de profession.

Aujourd'hui, les syndicats attendent la décision de la Chambre.

Que devons-nous faire, nous, Association médicale de la Sarthe ?

A vous, mes chers confrères, de formuler vos conclusions.

Mais, avant, permettez-moi de vous donner mon idée personnelle.

Je ne suis pas de ceux qui pensent que les syndicats sont l'œuvre des déclassés et des indignes qui, ne pouvant s'associer avec les plus méritants, se liguent contre eux.

Je ne crois pas non plus que le médecin abdique son indépendance en devenant membre d'un syndicat ; un médecin peut et doit rester indépendant, quel que soit le milieu qu'il habite.

L'Association, qui restera toujours le tribunal d'honneur dans les difficultés d'ordre déontologique, doit avoir le courage de dire que les syndicats peuvent rendre des services ; elle doit les encourager, les soutenir, marcher parallèlement en gardant sa personnalité propre, sans lier son sort à leur sort.

En un mot, UNION et non RÉUNION.

Une discussion générale s'ensuit ; quand elle est épuisée, M. le Président met aux voix l'ajournement de la question jusqu'au jour où la personnalité civile aura été accordée au corps médical.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement de la gale en ville.

(Dr Fournier).

1° Lotion sur tout le corps avec du savon de toilette, poudre de savon avec ou sans parfum ;

2° Un bain de son, immédiatement après ;

3° Frictions avec la pommade suivante :

Glycérine	200	grammes.
Gomme adragante	1	—
Fleur de soufre	100	—
Carbonate de soude	50	—
Parfum *ad libitum*.		

4° Prendre un second bain ;

5° Changer son linge de corps, ses draps de lit et brûler ses gants. Les jours suivants, prendre quelques bains émollients et se servir de poudre d'amidon ou de glycérolé d'amidon.

(*Les Nouveaux Remèdes.*)

NOUVELLES

Deuxième session du Congrès français de chirurgie.

On peut se faire inscrire, jusqu'au jour de l'ouverture du Congrès ; envoyer 20 fr. par mandat poste, à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme.

Des salons de lecture et de réunion, sont mis à la disposition de MM. les membres du Congrès, au « café Soufflot, » rue des Ecoles, au premier étage.

Un déjeuner, à prix fixe, y sera servi de midi à une heure, pendant la durée du Congrès.

Les membres du Congrès qui désirent prendre part au banquet qui aura lieu à « l'Hôtel continental, » le jeudi 21 octobre, à sept heures et demie, sont priés de se faire inscrire, dès le 18, auprès du secrétaire général.

Des billets de demi-place ont été accordés par les chemins de fer de l'État et la Compagnie de Paris-Lyon-Méditerranée.

— Voici l'ordre des séances qui auront lieu dans le grand amphithéâtre de l'Ecole de médecine :

Lundi 18 octobre. — A deux heures : Séance d'inauguration. — Discours du président. — Compte rendu financier du secrétaire général. — Communications :

Professeur Jacques Reverdin (de Genève) : Contribution à l'étude des accidents consécutifs à l'extirpation totale du corps thyroïde.

Docteur Thiriar (de Bruxelles) : Sur l'analyse des urines en chirurgie abdominale.

Professeur Guyon (de Paris) : Des indications et contre-indications de la lithotritie.

Mardi 19 octobre. — A 9 heures et demie du matin : Nature, pathogénie et traitement du tétanos. — A trois heures : Questions diverses.

Mercredi 20 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De la néphrotomie et de la néphrectomie. — A trois heures : Questions diverses.

Jeudi 21 octobre. Pas de séance. — Visites et démonstrations dans les hôpitaux.

Vendredi 22 octobre. — A neuf heures et demie du matin : Des résections orthopédiques. — A trois heures : Questions diverses.

Samedi 23 octobre. — A neuf heures et demie du matin : De l'intervention opératoire dans les luxations traumatiques irréductibles. — A trois heures : Séance de clôture. — Nomination du bureau pour la prochaine session. — Questions diverses.

— Les membres du jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris sont MM. Chantemesse, Ballet, Hirtz (Edgard), Gaucher, Marchant, Bazy et Richelot.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part de la mort de MM.

Le docteur Decourcelle, membre du *Concours médical*, décédé à Breteuil, le 14 septembre 1886.

Le docteur Gendron (Frédéric), ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin du dispensaire de Martainville, à Rouen, âgé de 31 ans.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

Huitième année — N° 42 — 16 Octobre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Des ganglions sus-claviculaires dans le cancer de l'estomac.

L'existenee de ganglions cervicaux tuméfiés est quelquefois un indice de cancer de la cavité thoracique, œsophage, plèvre, poumon. Mais on ignore généralement qu'une adénopathie du creux sus-claviculaire peut être provoquée par le cancer de l'estomac. Le fait est cependant prouvé : un petit nombre d'observateurs allemands et français l'ont signalé.

M. TROISIER vient de communiquer trois observations dans lesquelles ce signe existait (1). Dans deux des cas observés par lui l'autopsie n'a pu être faite, mais le tableau clinique ne pouvait laisser subsister aucun doute sur le diagnostic. Dans le troisième, on trouva à l'autopsie un cancer en nappe du grand cul-de-sac et de l'antre du pylore, sans qu'il y eût de cancer de l'œsophage ; il est à remarquer que les ganglions du voisinage même de l'estomac n'étaient pas dégénérés, tandis que ceux du creux sus-claviculaire apparaissaient à la coupe complètement cancéreux, laissant suinter par le raclage un suc lactescent caractéristique. Dans les trois cas, on avait constaté pendant la vie dans le creux sus-claviculaire gauche, en arrière et en dehors du sterno-mastoïdien, de six à dix ganglions isolés ou fusionnés, tuméfiés, durs, non douloureux, roulant sous le doigt, n'adhérant pas à la peau.

Difficulté de diagnostic de certains kystes hydatiques du foie.

M. GUYOT a observé un cas des plus singuliers où le diagnostic n'a pu être fait que trop tard pour sauver le malade, malgré le nombre et l'autorité des médecins successivement consultés. Il s'agissait d'un jeune homme se plaignant de douleurs dans la région thoracique inférieure droite; en même temps que d'un état général de dépérissement avec troubles gastro-intestinaux ; il toussait à peine et ne crachait pas. M. Guyot constate de la matité jusqu'au mamelon en avant, jusque vers le milieu de la fosse sous-épineuse en arrière, l'absence de bruit respiratoire et des frottements. Le foie ne débordait pas le rebord costal. Le diagnostic de pleurésie sèche avec troubles gastro-intestinaux était le seul possible.

M. Potain, un peu plus tard, diagnostique une tuberculose pulmonaire. Le malade est envoyé à Amélie-les-Bains et s'y rétablit d'une façon complète; le médecin qui le soignait dans cette station, ayant à plusieurs reprises constaté un peu de tuméfaction et de sensibilité du bord antérieur du foie, s'arrête à l'idée de poussées congestives hépatiques et pleuro-pulmonaires d'origine arthritique.

Après une guérison apparente, le malade recommence à souffrir, à maigrir, et M. Guyot découvre, outre la persistance des signes d'une pleurésie sèche non seulement à la base, mais sur toute la ligne axillaire, une très légère dilatation des espaces intercostaux. Le foie ne débordait pas le rebord costal ; les troubles digestifs étaient très accentués, et le malade se plaignait d'une douleur vive dans la région scapulo-humérale. Dès ce jour M. Guyot se demanda s'il n'existait pas quelque kyste du foie, mais l'absence des signes classiques et les opinions contraires émises par les confrères successivement consultés le détournèrent de cette idée.

M. Millard diagnostique : pleurésie sèche sans tuberculose. M. Hanot, si compétent en fait d'affections du foie, repousse l'idée d'un kyste hydatique

(1) Société médicale des hôpitaux, 8 novembre 1886.

et s'en tient au diagnostic de pleurésie sèche diaphragmatique. M. Potain revoit le malade, renonce à sa première idée de tuberculose, mais n'ose plus se prononcer dans aucun sens. Cependant, M. Millard, ayant revu le malade, et se basant surtout sur les caractères de la fièvre qui présentait la marche d'une fièvre de suppuration, revient à l'hypothèse de M. Guyot et conseille les ponctions exploratrices dans le foie. M. Grancher, qui est consulté dans l'intervalle, après avoir incliné vers la tuberculose au début de son examen, se rallie à l'idée d'une affection hépatique.

Deux ponctions exploratrices faites dans le foie donnent issue à du pus dans lequel on ne trouve pas de crochets. Puis M. Duplay fit avec un gros trocart une ponction qui retira 800 grammes de pus mélangé de sang. La dilatation des espaces intercostaux disparut après cette évacuation.

Mais l'état du malade ne s'améliora pas, les vomissements et une diarrhée fétide, qui ne le quittait plus, l'avaient réduit à la cachexie ; il eut des selles sanglantes dans lesquelles on trouva des débris de membrane hydatique et des crochets. On essaya en vain de sauver le malade par une transfusion de sang, mais il succomba bientôt.

M. Guyot déclare que ce qui a longtemps contribué à le détourner du diagnostic de kyste du foie, c'est la coexistence de la pleurésie sèche et des troubles intestinaux ; si l'un ou l'autre de ces signes avait existé seul, il aurait pensé à un kyste produisant par voisinage soit l'inflammation de la plèvre par son siège sur la convexité du foie, soit l'entérite par son siège à la face inférieure. Il faudra donc retenir désormais que l'existence des trois signes suivants : élargissement des espaces intercostaux, même sans abaissement du foie, troubles intestinaux, pleurésie sèche, devra imposer la recherche d'un kyste du foie par les ponctions capillaires aseptiques qui, d'ailleurs, sont sans danger. M. Guyot a exprimé aussi le regret de n'avoir pas assez tenu compte de la douleur scapulo-humérale.

De l'isolement des maladies contagieuses (1).

Bien des fois déjà ce même cri s'élève dans la presse : « Pourquoi les pouvoirs publics s'occupent-ils si peu de protéger les habitants des grandes villes contre les maladies infectieuses ? Pourquoi n'imitons-nous pas l'exemple qui nous est fourni par les autres capitales ? » Les chiffres sont pourtant d'une éloquence irrésistible.

Si on prend la moyenne des cinq dernières années, on constate qu'à Paris 12 décès sur 100 sont le résultat des maladies que des travaux d'assainissement et une police sanitaire bien organisée permettraient d'éviter en partie, sinon en totalité. A Bruxelles, après la création du bureau d'hygiène la mortalité par fièvre typhoïde est tombée de 0,91 pour 1000 à 0,40 pour 1000, celle de la scarlatine de 0,42 à 0,12 et celle de la diphthérie de 0,72 à 0,29.

En Angleterre depuis la création du *Local Government Board*, de 1871 à 1882, il a été dépensé 1598 millions pour améliorer la salubrité publique. La mortalité générale, qui était de 22,44 pour 1000, est tombée à 19,85. Chaque année 70,000 existences sont ainsi conservées.

M. Monod, ancien préfet du Calvados, dit que si l'on arrivait en France, par l'organisation d'un service de la santé publique et par l'assainissement des

(1) Progrès médical, 9 octobre 1886.

FEUILLETON

Cercle médical du Pays Quingeois (1)

Sévérin a la parole :

— Le Dr Tarin, dit-il, était depuis vingt ans médecin de l'usine de Cléron. Naturellement, parmi le nombreux personnel de cette usine, il avait des amis et des ennemis. Mais, dans les affaires de ce bas monde, les passions haineuses sont plus actives que les autres : elles ont beaucoup plus de force et de ténacité.......

— C'est incontestable !

— A mesure donc que l'agression contre le Dr Tarin se renforçait, la défense semblait faiblir et le nombre des partisans du vieux médecin diminuait. Deux causes firent que ce mouvement de décadence se précipita.

(1) Nous reprenons la série des Études humoristiques sur la Déontologie, de notre distingué collaborateur le Dr Perron (de Besançon), série interrompue par la longue maladie de l'un des fils de notre confrère. Nos lecteurs s'associeront à nos souhaits de prompt rétablissement du jeune malade.

Un Directeur nouveau fut placé à la tête de l'usine et le Dr Tarin, ami de l'ancien, cessa par le fait d'être une *persona* aussi *grata* qu'auparavant, cela se comprend.

... Puis un jeune Esculape, qui était venu s'établir à Cléron, déployait mille gentillesses pour s'insinuer dans l'esprit de la population ; il faisait des frais pour gagner les cœurs. Il avait de l'entrain, de la gaieté et un certain liant dans les manières. Il se prodiguait.

Bref, on n'allait plus guère chercher que de loin en loin le bonhomme Tarin, médecin à la triste figure ; et on préférait, — en payant ou en ne payant pas, — réclamer les soins de son aimable et jeune confrère.

La situation devenait singulière, j'en conviens. D'un côté, un médecin d'usine, qui touchait 1500 fr. pour ne rien faire ; et de l'autre, un médecin libre et non rétribué qui faisait tout. Cet état de choses ne pouvait pas durer éternellement. On convint qu'un vote aurait lieu pour y mettre fin.

— Au scrutin secret, interroge Kœnig ?

— Je le suppose. Le suffrage universel était appelé à prononcer entre les deux rivaux.

— A-t-on au moins discuté en séance publique et mis en parallèle leur mérite personnel, leurs titres scientifiques, leurs qualités morales et physiques, etc., demande encore le Dr Kœnig ?

— Je ne puis le dire : ce que je sais, c'est qu'au

villes, à faire baisser la mortalité dans la même proportion qu'en Angleterre, on sauverait chaque année 100.000 existences. Et ces existences sont d'autant plus précieuses que les maladies zymotiques, *évitables*, frappent surtout les jeunes sujets et ne respectent pas plus les forts que les faibles.

Les moyens prophylactiques à employer sont, contre la fièvre typhoïde, des travaux de voirie, de canalisation ; contre les fièvres éruptives, l'isolement rigoureux et absolu.

Dans les hôpitaux d'enfants, on n'a encore réussi à isoler que les diphthériques, et même, par suite de la promiscuité des employés et du service médical, l'isolement n'est pas absolu. On a tenté d'isoler la rougeole, mais la mauvaise disposition des bâtiments actuels n'a pas permis d'arriver à un résultat sérieux. Pour les autres maladies zymotiques, la tentative n'a même pas été faite.

Diathèse de contracture, état d'opportunité de contracture chez les sujets hystériques.

M. Charcot et ses élèves ont attiré l'attention sur un phénomène spécial qui existe chez les sujets hystériques, c'est la facilité avec laquelle leurs muscles entrent en contracture sous l'influence d'excitations insignifiantes, à l'occasion de mouvements tant soit peu brusques ou violents.

M. Paul Berbez, interne de M. Charcot, fait connaître un moyen simple de déceler chez un sujet soupçonné d'hystérie cet état d'opportunité de contracture. Nous préférons cette expression à celle de diathèse de contracture proposée d'abord par M. Charcot ; car nous pensons avec M. Bouchard, que le mot de diathèse doit être réservé aux perversions permanentes de la nutrition, comme l'arthritisme et la scrofule. — Bref, le moyen de M. Berbez consiste à appliquer un lien circulaire, une ligature élastique, telle que la bande d'Esmarch, autour d'un membre, le bras ou l'avant-bras.

Aussitôt la plupart des hystériques voient se développer des contractures non seulement dans les muscles de la partie ligaturée, mais quelquefois fort loin de là et, par une sorte de généralisation, dans un très grand nombre de muscles. Cette recherche de l'aptitude à entrer en contracture est à joindre à la recherche des autres *stigmates* de l'hystérie.

M. P. Berbez fait remarquer que cette diathèse de contracture existe souvent chez des sujets qui ne se sont jamais doutés de son existence. « Quelques-uns, cependant, ont remarqué que, quand ils lançaient une pierre ou donnaient un grand coup, ils restaient dans l'attitude prise brusquement, et en quelque sorte figés. »

Le médecin peut provoquer chez eux la contracture par divers moyens, quelquefois bien simples : le massage musculaire profond, le choc répété des tendons, le tiraillement des membres, le diapason, la faradisation des muscles ou des nerfs, l'aimantation, le simple frottement de la peau. La bande élastique n'a d'action plus rapide et plus puissante que parce qu'elle réalise par la constriction la réunion de ces divers modes d'excitation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 12 octobre).

La correspondance comprend une lettre de M. le Ministre du Commerce, qui prie l'Académie de délibérer sur le point de savoir s'il convient de mainte-

---

premier tour de scrutin, Tarin fut indignement battu. C'est à peine s'il obtint les suffrages du cantinier et de cinq ou six vieux troubadours, ennemis de toute innovation. Et encore ces gens-là opinèrent-ils plutôt contre le nouveau que pour l'ancien.

— Ingratitude humaine, murmura Kœnig !

— Des histoires pareilles, dit Justus, me causent toujours une tristesse profonde. Elles sont de nature à prouver combien certains médecins, — les médecins qui devraient être les éclaireurs de l'humanité et les guides-pionniers du Progrès Social ! — combien, dis-je, certains médecins sont encore attardés et dans un état voisin de la barbarie. Dépourvus d'honnêteté et de délicatesse, ils ne respectent nullement les droits d'autrui, n'obéissant qu'à des sentiments vulgaires ; courant sans scrupule sur les brisées d'un confrère, ou s'appropriant une situation que ce confrère s'était acquise quelquefois péniblement. Que nous voilà loin de la société idéale que nous rêvons, mes chers amis !

Je vais vous faire ma profession de foi.

Toucher à ma clientèle, c'est me toucher à la prunelle des yeux ; c'est me prendre la bourse... La clientèle pour moi est comme une femme aimée que j'ai la prétention de conserver longtemps, d'embellir et d'enrichir toujours. C'est une maîtresse à laquelle je m'attache de plus en plus. J'en suis jaloux, excessivement jaloux ; et je n'entends pas me la laisser dérober par un adroit compère.

Aussi je veux être plein de sollicitude pour mes clients. Je leur témoigne une affection toute particulière, et ils me rendent la pareille : ils le disent du moins, et je les crois, nos rapports étant fondés sur une estime réciproque. Or, celui qui les regarderait avec trop de complaisance, qui leur prodiguerait des amabilités et des sourires à tout propos éveillerait mes soupçons. Je le suspecterais, le comparant à ces galants dangereux qui commencent par des œillades et des poignées de mains prodiguées à la femme du voisin en vue de la corrompre.

Tous ces gens-là m'ont l'air d'être des larrons en germe. Leurs petites manœuvres, en apparence inoffensives, sont destinées à préparer l'entrée en matière : elles constituent autant d'actes coupables qu'il serait très imprudent de laisser aboutir.

Voilà mon sentiment.

— Je retiens la comparaison, dit Sévérin. Oui, la clientèle est comme une maîtresse qu'on ne doit jamais négliger, si l'on tient à la garder. Il faut constamment l'entourer de surveillance et de tendresses. Et plus on voit muguetter autour d'elle les prétendants, plus on doit redoubler de vigilance. Car par imprudence et manque de soins on s'exposerait à la perdre : on n'est sûr de rien. Défions-nous donc de tout jeune confrère qui fait trop l'empressé auprès de nos clients : c'est pour les débaucher. Il est trop poli pour être honnête, dirait-on, de lui en Franche-Comté.

nir l'inspectorat des eaux minérales, et, dans l'affirmative, quelles réformes il y aurait lieu d'apporter dans le recrutement du personnel de l'inspection et dans le fonctionnement de ce service.

M. *Charpentier* a lu un rapport sur le *nouveau procédé de dilatation utérine* soumis à l'Académie par M. *Vulliet* (de Genève). Ce procédé, dont nous avons parlé en son temps, consiste essentiellement dans l'introduction de tampons progressivement plus volumineux rendus antiseptiques par le séjour dans l'éther iodoformé et hémostatiques par l'adjonction d'un peu de colophane, la malade étant dans la position génu-pectorale et le col découvert avec une valve de Sims.

L'auteur était arrivé, après 8 ou 10 séances de tamponnement, à dilater assez la cavité pour qu'elle fût visible dans toute son étendue. Il a traité par ce moyen l'endométrite chronique, les fibrômes, le cancer utérin.

Après avoir analysé les observations de M. Vulliet, ainsi que celles, en petit nombre, dans lesquelles l'application du procédé a été faite par MM. Porak, Horteloup, Labbé, Sabail (de Saint-Sauveur) et par lui-même, M. le rapporteur conclut que ce procédé n'est pas toujours applicable, même dans les conditions indiquées par M. Vulliet. Il est, en effet, un certain nombre de femmes chez lesquelles on ne peut obtenir la dilatation complète ; tantôt les tampons n'agissent qu'avec une lenteur désespérante ; on a beau les remplacer par l'éponge, par le laminaria, la dilatation ne se fait pas et les malades, impatientées par la longueur de ces manœuvres purement préparatoires, se refusent à continuer ce mode de traitement. Tantôt l'introduction des tampons qui, quoique en général assez bien supportée, est toujours accompagnée d'une certaine douleur, devient si pénible, si douloureuse, qu'on est forcé d'y renoncer. Tantôt, enfin, l'introduction du tampon se fait facilement les premiers jours, mais on voit apparaître au bout de ce temps des phénomènes nerveux qui ne permettent pas de pousser la dilatation jusqu'à son extrême limite.

Dans les cas observés par M. le rapporteur, ainsi que dans ceux de M. Horteloup et de M. Labbé, on pouvait voir parfaitement le fond de l'utérus, l'œil parcourait toute l'étendue de la cavité utérine et cela facilitait d'une façon indiscutable les opérations pratiquées sur ces malades.

M. le rapporteur conclut, en terminant, que le procédé de M. Vulliet n'est en tout cas pas nuisible ; que toutes les malades chez lesquelles il a été employé en ont retiré du bénéfice, et que rien ne s'oppose donc à ce que de nouvelles expérimentations soient faites.

— M. Javal fait une communication très intéressante sur le traitement du strabisme par les procédés optiques. La conclusion de l'auteur est que, si certains cas de strabisme peuvent et doivent être traités par la méthode plus expéditive de la ténotomie, le plus grand nombre sont justiciables du traitement par les moyens optiques seuls ou combinés avec la ténotomie. Ces moyens optiques sont la louchette et le stéréoscope modifié suivant l'exigence des cas. Ils s'appliquent principalement à trois catégories de strabisme : 1° le strabisme convergent avec myopie ; 2° le strabisme divergent avec myopie ; 3° le strabisme divergent sans myopie.

— Je crains bien que le Dr Tarin n'ait pas été inspiré par ce sage sentiment de défiance.

— Non, non, ami Justus, reprend Kœnig, le Dr Tarin aurait eu beau faire : il était destiné à succomber dans la lutte. La nature humaine est ingrate et changeante. Pour le commun des mortels, l'inconsistance et le changement ont des charmes irrésistibles, et l'indépendance du cœur est un besoin impérieux pour le public.

Vous avez pris sur vous de changer vos habitudes, quelquefois vos relations et vos goûts pour vivre constamment au milieu de vos clients ; vous vous êtes mis presque à leur niveau pour devenir leur ami ; vous les avez assistés dans les moments les plus douloureux de la vie, — et Dieu sait si l'on s'en souvient, de ces moments-là ! — répondant à leur appel la nuit aussi bien que le jour ; services, dévouement, bons conseils, vous leur avez prodigué tout cela sans compter. Vous croyez pour cette raison avoir quelques droits à la reconnaissance ou au simple attachement de ce monde-là ! Ah ! bien, oui ! Qu'un charlatan quelconque, le premier venu, qu'on ne connaît ni d'Ève ni d'Adam, dont on n'a jamais entendu parler, qui n'est probablement qu'un homme taré, sans instruction, sans mœurs, sans surface, mais qui se dit médecin du grand Turc, qu'un charlatan pareil vienne à s'établir au lieu de votre résidence, en face de votre modeste écusson, et vous ne tarderez pas à voir la foule de vos obligés d'avant-hier, des gens dont vous avez touché et guéri les souillures, vous lâcher effrontément pour courir chez cet aventurier.

« Vulgus vult decipi ». Je l'ai dit déjà, le public a besoin de mordre et d'égratigner ceux qui l'ont servi. Il brise ses vieilles idoles pour en avoir de neuves. Aussi quand le Dr Tarin s'aperçut qu'un intrus s'introduisait dans son église, qu'un loup était à son troupeau, il n'avait plus qu'un parti à prendre : plier bagage et décamper.

Vous m'objecterez que si l'autre avait été un peu délicat, il aurait respecté mieux la situation de son confrère, lui laissant au moins ses clients d'usine. Mais c'est une illusion. Il ne l'aurait pas pu. On serait venu de tous côtés, soir et matin, le quérir pressamment, pour une chose ou pour une autre, pour un enfant dans les convulsions, pour une femme en mal d'enfant. On l'aurait obsédé, assailli, supplié de venir en lui disant : « Tarin est vieux ; Tarin est assez riche ; Tarin ne veut plus se déranger quand on le demande ; Tarin a oublié ce qu'il savait ; il ne drogue pas assez ou il drogue trop ; il n'ouvre pas la bouche devant ses malades, ou bien il parle à tort et à travers ; il n'est bien qu'à table, etc., » et patati et patata...

Le Dr Tarin ne pouvait plus lutter dans ces conditions-là.

Qu'il en soit ainsi la plupart du temps, je n'y contredirai pas, répond Justus. Parmi les gens du peu-

MÉDECINE PRATIQUE

Des fractures spontanées et pathologiques.

Il arrive de temps en temps qu'un praticien constate dans sa clientèle un cas de fracture dont la cause lui semble disproportionnée à l'effet, ou qu'à de courts intervalles, il est appelé à soigner plusieurs fractures successives chez une même personne. Dans certains cas il se rend facilement compte de la cause interne qui a rendu si facile la solution de continuité de l'os, diabète, ostéoporose sénile, syphilis, ataxie locomotrice, et quelquefois il se trouve mis par la fracture même sur la piste d'une affection méconnue. Dans d'autre cas la fracture lui demeure inexplicable, et de fait la question des fractures, dites spontanées, est encore entourée d'obscurités, malgré les efforts faits par M. le Dr Paul Simon pour l'éclaircir, dans la thèse qu'il a soutenue pour le dernier concours d'agrégation en médecine.

Les fractures spontanées sont celles qui résultent d'un traumatisme si minime qu'il serait à coup sûr insuffisant pour produire une fracture dans les conditions ordinaires. Les fractures spontanées ne sont pas exactement synonymes de ce que les anciens auteurs avaient dénommé fractures pathologiques ; celles-ci se produisent sous l'influence de causes insuffisantes par elles-mêmes pour fracturer un os sain, mais en raison d'une altération appréciable d'une partie du squelette, tandis que le nom de fractures spontanées s'applique surtout à celles dont on ne peut attribuer la production qu'à l'action musculaire ou qui surviennent chez des sujets parfaitement bien portants, dans le squelette desquels on n'a encore trouvé aucune lésion, de sorte que jusqu'à nouvel ordre on est obligé d'admettre une fragilité physiologique des os. Ces cas si obscurs sont d'ailleurs, il faut le dire, les moins nombreux ; le plus souvent on peut trouver l'explication pathologique d'une fracture dite spontanée.

Fractures spontanées par action musculaire. — On distingue celles qui se produisent pendant un spasme musculaire involontaire (épilepsie, tétanos), de celles que cause une contraction volontaire des muscles ; car dans les fractures par convulsions, le traumatisme par choc ou chute peut avoir été plus intense que ne le supposent les assistants, et d'ailleurs l'atrophie osseuse d'origine nerveuse peut être mise en cause. C'est à la clavicule et à l'humérus qu'on a observé le plus souvent les fractures par action musculaire volontaire ; pour le premier de ces os, sa faible résistance, ses courbures, son siège, la puissance des masses musculaires qui s'y attachent permettent de comprendre qu'il en soit ainsi. Pour l'humérus, il se fracture surtout pendant l'action de lancer au loin une balle ou une pierre, et dans l'exercice appelé « tour de poignet », pour l'exécution duquel deux individus opposent réciproquement leurs mains par leurs faces palmaires, puis, croisant leurs doigts et prenant point d'appui sur une table à l'aide des coudes, cherchent à fléchir ou à étendre de force leur avant-bras ou les poignets. Dans certains des faits de ce genre rapportés par les auteurs il a paru exister une disproportion marquée entre la gracilité des os du squelette et l'énergie des masses musculaires qui s'y inséraient.

Dans les autres, un examen attentif des observations permet de soupçonner que les sujets étaient

---

ple, et même parmi les autres, il y en a beaucoup qui ont l'esprit naturellement volage, comme des enfants, qui aiment tout ce qui est nouveau, qui recherchent tout ce qu'ils ne connaissent pas ; il y en a aussi qui ont un caractère bassement jaloux et qui sont envieux de tout ce qui leur est supérieur.

Un médecin honnête et tant soit peu vertueux ne devrait jamais se prêter aux fantaisies de ces gens-là.

Non, jamais je n'admettrai qu'un homme d'une instruction supérieure, si obsédé soit-il, manque assez d'éducation, de convenance ou de jugement pour ne pas comprendre que, satisfaisant des caprices et des rancunes inavouables, il participe à des injustices et commet des méfaits. Son devoir est de résister, invoquant le respect de la chose d'autrui et l'imposant au besoin.

— C'est plus facile à dire qu'à faire, observe Kœnig.

— En tout cas, nous ne devons jamais permettre qu'on diffame devant nous un confrère, ni même qu'on en médise. Car écouter un diffamateur, c'est positivement s'associer à la diffamation. Nous pourrions bien, ce me semble, fermer la bouche des impudents qui viennent nous chercher, et leur demander : « Vous m'appelez ? Est-ce pour me prendre auprès d'un malade ou pour ouïr vos impertinences ? » Mais, au lieu de cela, nous prêtons avec complaisance l'oreille à des propos méchants qui nous flattent ; parce que, plein de confiance en nous-mêmes et tout fiers de l'art et des procédés qu'on nous a appris, méprisant la vieille école, l'expérience, les errements de la pratique, nous ne craignons pas d'être mis en parallèle avec un vieux routinier. Nous aurions au contraire un vif désir de le supplanter, si l'occasion de nous produire se présentait. Et ce désir, nous avons beau le dissimuler ; on le voit paraître dans nos yeux.

Dans toutes ces regrettables affaires, dans les blessures reçues par l'esprit de confraternité, la faute est imputable au médecin, surtout au médecin. Vouloir s'en prendre à un courant populaire, à l'ingratitude générale, à la sottise ou à l'inconstance du public, comme le veut Kœnig, c'est de la fantasmagorie. Autant vaudrait crier contre les nuages en temps de pluie ! Couvrons-nous d'abord et mettons-nous à l'abri des intempéries, puis nous pourrons après, comme satisfaction platonique, pester contre le ciel tant que nous voudrons.

— Justus est dur pour les médecins, fait quelqu'un.

— Quand les enfants se battent, répond Justus, c'est le plus grand qu'on corrige, c'est le plus raisonnable qu'on doit morigéner.

Dr PERRON.

bien entachés d'une diathèse ou avaient quelque lésion préexistante. Quant aux fractures de côtes dites spontanées sous l'influence de la toux, d'un éternuement, dont M. Desnos a refait l'histoire à la Société médicale des hôpitaux tout récemment, elles surviennent le plus souvent chez des sujets atteints d'ostéoporose sénile et rentrent dans les fractures pathologiques.

Une *fragilité physiologique des os* est admise pour expliquer un certain nombre de cas de fractures multiples successives observés chez des sujets présentant toutes les apparences d'une santé parfaite. Ce qui est certain, c'est que cet état absolument inconnu dans son essence est parfois héréditaire. On l'a comparé à l'hémophilie, état bien mal connu aussi.

Elimination faite de ces deux classes de fractures dites spontanées, nous entrons sur un terrain plus solide en abordant les fractures pathologiques.

II

Les causes pathologiques susceptibles d'amener des fractures à la suite de traumatismes insignifiants peuvent être réparties en catégories très nombreuses.

Il faut citer en premier lieu les affections inflammatoires (OSTÉITES) et organiques du tissu osseux.

Dans l'*ostéite épiphysaire* aiguë des adolescents, on signale les fractures spontanées avec une fréquence de 10 % ; mais elles sont moins fréquentes si on écarte les cas de décollement des épiphyses, qui, causées par la suppuration intra-osseuse de la région dia-épiphysaire, se produisent généralement de bonne heure vers la fin du premier mois. Les fractures diaphysaires, siégeant vers le tiers supérieur ou inférieur des os longs, surtout du fémur, se produisent à une époque beaucoup plus tardive, c'est-à-dire à l'époque de l'élimination des séquestres, et résultent soit d'une nécrose, soit de ces perforations diaphysaires multiples, que M. Lannelongue a bien décrites dans son beau livre sur l'ostéomyélite aiguë. La consolidation de ces fractures peut être obtenue rapidement quelquefois, plus souvent après plusieurs mois; elle serait la règle, suivant Aubry (1) ; cependant, dans beaucoup de cas, leur production augmente les chances de septicémie ou d'infection purulente et nécessite une intervention chirurgicale radicale.

On cite un petit nombre de cas de fractures spontanées consécutives à des *ostéites traumatiques* par un mécanisme analogue, celui de la raréfaction du tissu osseux (o. raréfiante) ou de la nécrose. On parle de fractures spontanées par *ostéites scrofuleuses* ; ne s'agit-il pas de tuberculoses locales en pareils cas? Enfin on a fait un groupe d'ostéites latentes (ostéite raréfiante de cause indéterminée ou raréfaction sénile prématurée), pour y placer ces fractures spontanées qui se rencontrent parfois chez des gens jeunes et n'ont été précédées, en fait de symptômes, que par des douleurs vagues en un point du squelette. Nous énumérerons seulement les lésions organiques ou tumeurs des os qui concernent presque exclusivement le chirurgien: TUMEURS BÉNIGNES, (exostoses pédiculées, kystes simples, kystes hydatiques, tumeurs pulsatiles, anévrysmes extra-osseux), tumeurs MALIGNES, (ostéosarcomes, carcinomes, etc.)

Mais les fractures spontanées consécutives aux LÉSIONS SYPHILITIQUES des os méritent toute l'attention du médecin ; ces lésions participent par leurs caractères des inflammations et des tumeurs, depuis l'ostéopériostite de la période secondaire jusqu'aux gommes des os et aux altérations encore mal déterminées de la syphilis héréditaire.

Dans la *syphilis héréditaire*, les altérations des os plats ne donnent pas lieu à des fractures spontanées, mais seulement à des perforations et à des exostoses. Les altérations des os longs que Parrot divisait en quatre stades (périostogenèse, ramollissement gélatiniforme, médullisation, état spongoïde), que M. Jullien a décrites un peu différemment en considérant le ramollissement gélatiniforme comme l'aboutissant des lésions, restent encore obscures ; M. P. Simon est disposé à les considérer comme des productions gommeuses. Les fractures attribuables à la syphilis héréditaire se produisent chez les enfants âgés de quelques semaines à deux ou trois mois, au voisinage de la ligne chondro-calcaire qui sépare la diaphyse et le cartilage épiphysaire ; elles simulent à s'y méprendre le décollement épiphysaire et donnent lieu, comme lui, aux symptômes de la pseudo-paralysie syphilitique (Parrot), dont nous avons jadis donné la description (1). Plus rarement elles atteignent, chez des enfants plus âgés, la partie moyenne de l'os (humérus, radius, côtes, maxillaire inférieur) ; le déplacement est très faible et la consolidation peut être obtenue surtout si on institue le traitement spécifique (Behrend).

Dans la *syphilis acquise*, les lésions osseuses sont de deux ordres. Dans la période secondaire, peut se montrer sur tous les os, mais surtout ceux des membres et de la face, une ostéite raréfiante, modérée en général, et bientôt suivie d'ostéite productive et d'éburnation. Aussi les fractures spontanées ne se montrent-elles pas à cette période de l'infection. Mais à la période tertiaire, les choses sont tout autres : l'*ostéite gommeuse* peut revêtir deux formes, les gommes circonscrites et l'ostéite gommeuse diffuse. Le résultat de ces lésions est de communiquer aux os de certains syphilitiques la fragilité du verre. Un traumatisme insignifiant ou nul, peut alors causer une fracture. Un soldat, cité par Debove, se fracture le radius gauche par le simple choc que produit le canon du fusil tombant dans la main gauche dans le deuxième temps de la charge ; un pharmacien se casse le bras droit en arrachant une dent (de quoi se mêlait-il ?) ; un sous-officier se fracture l'humérus en levant sa canne pour frapper un soldat. L'un se casse le fémur en se retournant dans son lit, l'autre la clavicule en ramenant sur soi la couverture de son lit.

Il est noté dans beaucoup d'observations que les malades avaient ressenti depuis un temps plus ou moins long des douleurs vives dans la partie de l'os

(1) Thèse de Strasbourg, 1868.

(1) *Concours médical*, 1885.

où devait se faire plus tard la fracture. Les os les plus souvent fracturés spontanément dans la syphilis sont le fémur et l'humérus, puis le tibia, la clavicule et le radius ; on observe des fractures multiples. Outre ces lésions gommeuses capables de diminuer en un point déterminé la résistance de tel ou tel os, les auteurs, M. Gellé, notamment, admettent que la syphilis peut quelquefois déterminer une altération générale du système osseux constituant une cause prédisposante aux fractures spontanées ; cette altération mal déterminée n'a pas reçu de consécration définitive. Enfin dans quelques cas on a vu un cal déjà formé se ramollir sous l'influence d'une syphilis constitutionnelle.

La consolidation des fractures spontanées chez les syphilitiques, s'obtient en général sous l'influence des moyens ordinaires, surtout quand on institue le traitement spécifique. Quant à l'influence du mercure absorbé sur la fragilité des os des vieux syphilitiques, qui a été mise en avant, il est difficile d'y croire ; car si Gürlt déclare sans commentaires que les ouvriers qui travaillent aux mines de mercure à Almaden sont très sujets à des fractures, d'ailleurs facilement guéries, les recherches beaucoup plus précises d'autres observateurs, faites à Almaden et ailleurs, prouvent que les ouvriers employés à la fabrication du mercure dans les mines, ou maniant ce métal dans d'autres professions, ne sont pas plus exposés que d'autres aux fractures. La nécrose du maxillaire, dont ils sont atteints quelquefois, n'est que la conséquence d'une stomatite intense.

III

L'ostéomalacie est une des causes les mieux connues des fractures spontanées.

L'anatomie pathologique des os malades nous en explique facilement la raison, en nous montrant le ramollissement progressif de leur partie centrale qui ne laisse plus persister à la périphérie qu'une couche osseuse souvent mince, fragile comme une coquille d'œuf, et la décalcification très évidente du tissu osseux. Les difformités si curieuses des membres des ostéomalaciques reconnaissent le plus habituellement pour cause des fractures spontanées avec déplacement angulaire parfois considérable ou pénétration réciproque des extrémités fracturées qui entraîne le raccourcissement des membres. Bien que le périoste ne soit pas déchiré en général et favorise la coaptation des fragments, les fractures se consolident avec lenteur tant que persiste le travail de décalcification du squelette.

Les fractures dépendant de l'*ostéomalacie des aliénés* sont anciennement connues, puisque Esquirol citait une maniaque affectée de plus de 200 fractures. Les côtes sont les os les plus fréquemment fracturés chez les aliénés, puis viennent les os des membres. Quand on examine ces os, on ne les trouve pas en général modifiés dans leur forme ; ce qui domine, c'est le ramollissement, la décalcification qui permettent de couper l'os avec un simple scalpel et le rendent fragile au point de pouvoir être brisé entre les doigts. L'examen micrographique et l'analyse chimique montrent une analogie complète entre les modifications osseuses des aliénés et l'ostéomalacie vulgaire. Il n'y a donc pas lieu d'invoquer, comme l'ont fait certains auteurs, l'influence des troubles fonctionnels de l'encéphale. La facilité avec laquelle guérissent les fractures des fous, donnée comme argument en faveur de cette manière de voir, n'est pas démonstrative ; s'il en est ainsi, c'est que chez eux l'ostéomalacie est partielle et évolue lentement. D'ailleurs, parmi les exemples cités d'altérations osseuses chez les aliénés, il en est bon nombre qui dépendent uniquement d'une altération sénile.

Les fractures spontanées qui ont été observées *pendant la grossesse* dérivent aussi d'une désassimilation exagérée des sels calcaires. A l'état normal, la nature pourvoit au surcroît de phosphate de chaux nécessaire au développement du fœtus en préparant dans l'organisme maternel des dépôts de matière calcaire qui sont ensuite résorbés au fur et à mesure des besoins. Telle est la signification des *ostéophytes* de la grossesse qui ont été décrits par Rokitansky et Ducrest, plaques osseuses développées surtout sur les os du crâne sous la dure-mère. Quand ces réserves calcaires sont insuffisantes, le squelette de la mère fait les frais de la consommation calcaire du fœtus, et il en résulte pour elle une sorte d'ostéomalacie. C'est vers le septième mois que se sont produites en général les fractures spontanées de la grossesse.

Chez certains *diabétiques*, il existe une prédisposition aux fractures. L'élimination intense des phosphates (phosphaturie) donne la clef des douleurs que beaucoup d'entre eux éprouvent au niveau des os, Bouchard, Teissier, Charrin et Guignard. (MM. Verneuil et Verchère ont étudié les rapports réciproques des maladies osseuses avec la phosphaturie et la polyurie, et il demeure avéré que, dans le cours du diabète phosphatique et du diabète insipide, non seulement les os peuvent être altérés au point de présenter une prédisposition remarquable aux fractures, mais encore des fractures déjà consolidées peuvent se désunir à nouveau. Nous connaissons un cas où le diabète n'a été reconnu que parce que des fractures successives par traumatismes insignifiants mirent sur la voie du diagnostic. Quand les médecins auront pris l'habitude d'analyser les urines de tous leurs malades sans exception, de pareilles méconnaissances ne se produiront plus, et ce sera tout bénéfice pour les malades.

Nous n'insisterons pas sur les fractures spontanées dans le *rachitisme*, elles font partie presque du tableau symptomatique de cette maladie. Elles s'observent communément dans la première et la deuxième période de la maladie, sous l'influence de causes insignifiantes, et à l'occasion même des soins qu'on donne aux enfants. C'est au niveau des diaphyses, là où le tissu osseux déjà formé est raréfié sans être flexible, que se font en général les solutions de continuité, car les extrémités des os, formées de tissu spongoïde, fléchissent d'ordinaire sans se rompre. Les os de l'avant-bras, de la jambe, des côtes sont les plus souvent fracturés. La consolidation ne se fait que si la maladie suit une marche favorable ; le cal peut rester longtemps mou. Il va sans dire que,

le rachitisme une fois guéri, les sujets avancés en âge, qui en ont été atteints, malgré les déformations accentuées de leur squelette, ne sont rien moins que prédisposés aux fractures, puisque leurs os sont plutôt au contraire endurcis par éburnation. Certains auteurs ont attribué au rachitisme intra-utérin des fractures multiples, constatées à la naissance chez un enfant.

Chez les *scorbutiques*, les anciens auteurs ont signalé des fractures, mais surtout des décollements épiphysaires.

L'*ostéoporose*, c'est-à-dire l'état de raréfaction des os, caractérisé par l'augmentation des cavités osseuses, l'amincissement des travées et de la substance compacte, compliquée quelquefois d'adiposité de l'os, est le résultat ordinaire de l'involution sénile du tissu osseux ; si elle se rencontre d'ordinaire entre 65 et 80 ans, elle peut faire défaut chez des vieillards *bien conservés*, comme on dit, et au contraire débuter de 40 à 50 ans chez des sujets usés prématurément. On sait que les fractures les plus communes des vieillards sont celles du col du fémur, des côtes et de l'extrémité inférieure du radius. De telles fractures sont quelquefois remarquables par leur tendance à une prompte consolidation ; mais, pour ce qui est du col du fémur, il est d'expérience vulgaire que le pronostic est très assombri par l'imminence d'accidents intercurrents causés par le décubitus prolongé.

La goutte et l'alcoolisme ont été rangés parmi les causes d'ostéoporose.

La connaissance des troubles trophiques dans les maladies du système nerveux, et notamment dans l'*ataxie locomotrice*, est une des plus précieuses acquisitions de la science contemporaine. Il est démontré que chez les ataxiques existe une raréfaction du tissu osseux qui amène sa fragilité et qui se traduit même à l'œil nu par une véritable usure et des pertes de substance des os. Des parties entières d'un os peuvent être résorbées et disparaître. L'analyse chimique des os des ataxiques y a montré une abondance considérable de graisse, une diminution énorme des phosphates. Il n'est donc pas surprenant que les fractures spontanées soient un accident très commun dans le cours de l'ataxie. Elles atteignent le plus souvent les membres inférieurs, comme les arthropathies avec lesquelles elles coexistent fréquemment. Le plus souvent il se produit plusieurs (de 2 à 8) fractures chez un seul malade, simultanément, ou à des intervalles rapprochés. Les fractures tabétiques se consolident en général facilement, mais non d'une manière aussi rapide qu'on a semblé l'admettre. La maladie spinale par elle-même, en dehors des troubles trophiques, peut mettre obstacle à la consolidation, comme dans un cas de M. Demange, où les douleurs fulgurantes et les soubresauts musculaires de la jambe fracturée s'opposaient à la contention exacte des fragments, qui ne fut possible que quand les injections de morphine eurent fait cesser les douleurs fulgurantes.

L'ataxie locomotrice n'est pas la seule affection nerveuse où l'on ait observé de l'atrophie des os et des fractures spontanées ; l'influence trophique du système nerveux central et périphérique sur la nutrition du squelette a été démontrée avec évidence dans des maladies comme la sclérodermie, la lèpre anesthésique, les arrêts de développement des centres nerveux, l'hémiplégie, l'atrophie musculaire progressive, la paralysie spinale de l'enfance, la sclérose en plaques et la sclérose des cordons latéraux, dans les paraplégies, dans la paralysie générale des aliénés. L'expérimentation a d'ailleurs prouvé qu'après la section du nerf principal d'un membre, les altérations des filets périphériques produisent consécutivement une atrophie plus ou moins considérable des os. — La question de savoir si l'influence des maladies du système nerveux sur la fragilité des os se manifeste par l'intermédiaire de simples troubles vaso-moteurs, ou s'il existe dans le système nerveux central des centres trophiques des os, reste encore des plus obscures et ne saurait nous occuper.

IV

Après cette énumération des causes qui peuvent favoriser la production des fractures dites spontanées, examinons dans quelle situation se trouve le praticien en face d'une fracture dans la production de laquelle la disproportion est évidente entre le traumatisme et la solution de continuité.

Si la fracture survient chez un sujet, qui soit atteint déjà d'une affection osseuse évidente (ostéite, cancer osseux, rachitisme, etc.), ou d'une maladie générale bien connue pour déterminer une fragilité insolite du squelette, le médecin n'aura pas de surprise.

Si, au contraire, il est appelé à constater chez un individu, bien portant en apparence, une ou plusieurs fractures successives ayant le caractère des fractures spontanées, il devra conduire une enquête approfondie sur les antécédents du malade et se livrer à un examen minutieux de l'état des divers organes et appareils.

Il attachera grande importance à l'existence antérieure de certaines douleurs fixes au voisinage de la fracture, attribuées trop facilement par les malades au rhumatisme qui a bon dos.

Il ne négligera pas les douleurs diffuses au niveau de tous les os, qui peuvent mettre sur la voie de l'ostéomalacie.

Dépister les moindres indices de syphilis, — analyser les urines au point de vue de la recherche des phosphates et du sucre, — faire la recherche des réflexes tendineux, des troubles de la miction, de l'équilibre et de la vision qui peuvent conduire au diagnostic précoce du tabes pré-ataxique, — telles doivent être les préoccupations du médecin dans un tel cas.

Le pronostic et la conduite thérapeutique découleront nécessairement du résultat de cette enquête, et, loin de se contenter de traiter la fracture, on mettra parallèlement en œuvre la médication la plus appropriée à la curation de la maladie principale.

P. LE GENDRE.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Traitement des mélanodermies.

(*Chloasma, lentigo.*)

Voici, pour les faire disparaître, le procédé qu'emploie avec succès le professeur Leloir (de Lille) :

Après nettoyage de la partie au savon mou de potasse, appliquer plusieurs couches de la préparation suivante :

Chloroforme	100
Acide chrysophanique	15

Ces couches séchées, on les recouvre d'une couche de *traumaticine* (gutta-percha dissoute dans le chloroforme). Au bout de quelques jours, quand les couches appliquées se détachent, on fait une nouvelle application, et ainsi de suite.

Ce traitement, on le conçoit sans peine, ne peut viser que les mélanodermies de l'épiderme ; son action est nulle lorsque le pigment est déposé dans la profondeur du derme. (*Journal des Connaissances médicales.*)

Vin de quinquina phosphaté contre le rachitisme.

(P. VIGIER).

Vin de quinquina au Malaga	400	gram.
Sirop de quinquina	100	—
Phosphate de potasse	15	
Acide phosphorique officinal	X	gouttes.

Mêlez et filtrez.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

La liqueur de Fehling dans l'essai des urines

par M. JOLLY.

La liqueur de Fehling peut indiquer la présence des peptones dans les urines, la présence du glucose, ou un excès d'acide phosphorique et d'acide urique. Voici, dans quelles circonstances :

A. — On met dans un tube à essai une partie de liqueur de Fehling et dix parties d'urine, puis on chauffe jusqu'à commencement d'ébullition.

1° La liqueur reste bleue. — *Aucune indication.*

2° La liqueur prend la coloration rouge-violette (réaction du biuret). — *Peptone.*

3° La liqueur prend une teinte orangée ; après quelques instants de repos, il se forme un précipité orange. — *Glucose.*

B. — On prend parties égales de liqueur et d'urine et l'on porte à l'ébullition.

1° Le liquide change peu de couleur ; après quelques instants de repos, le liquide éclairci reste bleu et le précipité est gris bleuâtre. — *Petites quantités d'acide urique.*

2° Le liquide éclairci est vert et le précipité gris verdâtre. — *Excès d'acide urique.*

3° Le précipité est peu abondant. — *Peu d'acide phosphorique.*

4° Le précipité est très abondant. — *Quantité assez considérable d'acide phosphorique.*

5° La liqueur prend une teinte orangée ; par le repos, la partie claire du liquide prend une teinte brune ; le précipité vire au rouge. — *Glucose.*

C. — On prend cinq parties de liqueur pour une partie d'urine et l'on chauffe à l'ébullition.

1° Le liquide ne change pas de couleur. — *Aucune indication.*

2° Le liquide prend une couleur variant du jaune terreux verdâtre à l'orange vif. — *Glucose.*

(*Arch. de pharmacie.*)

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat des Vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Séance du 31 août 1886.

Les membres du Syndicat se sont réunis le 31 août à Vailly.

Après un déjeuner confraternel à l'hôtel Moreau, la séance a été ouverte à 2 heures chez M. Ancelet, sous la présidence de M. Dulieu, président.

Etaient présents ou représentés MM. Dulieu, Ancelet, Lécuyer, Bracou, Godart, Wimy, Dupré, de Châteaubourg, Gaillard, Woimant, Faille, Deligny, Delaporte.

La séance étant déclarée ouverte, le secrétaire expose que les dernières convocations ainsi conçues : « Mon cher Collègue, la réunion du Syndicat aura lieu le mardi 29 juin, hôtel de la Croix-d'Or, à Braisne. A midi précis, déjeuner. A deux heures séance. — Le Secrétaire, » ont été multipliées par le polycopie et envoyées à tous les membres du syndicat ; que la receveuse des postes de Fère-en-Tardenois, par un zèle intempestif, regarda cette convocation comme ayant le caractère d'une correspondance privée et lui fit un procès-verbal ;

Que, pour cette fois, l'administration a bien voulu ne pas le *déférer aux tribunaux* (!) et que, par mesure d'exception, elle l'autorisait à verser au bureau de poste de Beaurieux, la somme de 4 fr. 95 dans le délai de quatre jours ;

Qu'il s'est exécuté, mais qu'ensuite il a écrit au ministre, demandant le remboursement de cette somme de 4 fr. 95 touchée d'après lui injustement, croyant être dans l'esprit de la loi ;

Qu'il a reçu une réponse typique et qui prouve bien *l'esprit chinois* de l'administration ;

Qu'il avait fait une lettre manuscrite étalon et qu'au moyen du polycopie, il en avait tiré 19 autres : or, d'après les bureaux du ministère, ces 19 lettres étaient admises au prix réduit, mais la première, entièrement écrite de sa main nécessitait la taxe entière ;

Que, par conséquent, l'Etat ne rendait pas l'argent (comme dans les grands magasins de Paris) et de la sorte, obérait les finances du Syndicat de *quatre-vingt-dix-neuf sous* !

Le Syndicat approuve la conduite du secrétaire et le charge, à la réunion de l'Union des Syndicats, d'appeler l'attention de ses confrères sur tous ces faits d'affranchissement.

§

M. Godart expose qu'il vient de voir notre excellent confrère Wimy, toujours malade, qui l'a chargé de remercier ses collègues du Syndicat de s'être mis à sa disposition.

Le Syndicat prend acte de ces remerciments et charge M. de Châteaubourg, son concurrent à Braisne, d'aller lui porter ses meilleures amitiés et ses vœux de prompt rétablissement.

§

M. de Châteaubourg expose que le Dr C.., qui s'était établi en concurrence à Braisne avec celui qu'il avait remplacé, ce qui avait motivé l'ordre du jour de flétrissure du 4 mai dernier, est parti et est allé s'établir à Châlons-sur-Marne.

Le président croit qu'il y a lieu de se féliciter de la conduite tenue par le Syndicat.

Tous les membres étant solidaires, et ne pouvant avoir aucun rapport médical ou autre avec le Dr C., celui-ci, dans cet isolement si complet, ne pouvait résister.

Il est parti, mais sa conduite déloyale à Braisne sera connue à Châlons, soyons en sûrs, et d'ailleurs le Syndicat doit se mettre à la disposition des confrères de la Marne, si ceux-ci désirent être éclairés sur la valeur morale de l'individu.

Adhésion.

§

M. Bracou expose que, jusqu'à présent, le département payait pour les cantonniers intégralement les notes de médecin, suivant le tarif en usage ; mais qu'il paraît que dernièrement, sans consulter le corps médical intéressé, le conseil général, qui compte pourtant plusieurs de nos confrères dans son sein, a établi le tarif suivant : 2 fr. par visite ; 0 fr. 25 c. par kilomètre, aller et retour compris.

M. Bracou trouve ce tarif insuffisant et proteste énergiquement ; il demande que l'on continue à donner la note due véritablement suivant le tarif de la dernière classe du Syndicat. Le département s'il veut faire une aumône, la fera directement au cantonnier avec lequel le médecin s'arrangera.

Le Syndicat est absolument de l'avis de M. Bracou, il proteste et se refuse à accepter du département ce tarif réduit, *inférieur à celui des facteurs télégraphiques qui touchent* 0,50 c. *par kil.* et par conséquent contraire à la dignité professionnelle ; il continuera à produire la note exacte de ce qui est dû.

§

L'ordre du jour appelle la revision du tarif et du règlement.

Le Secrétaire expose que, depuis la fondation du Syndicat, de nombreux jeunes confrères sont venus le renforcer ;

Que certains articles du règlement que les anciens suivaient pourtant ne sont plus praticables dans ces circonstances et rendraient l'exercice de la médecine impossible à nos jeunes confrères ;

Que d'autres articles du tarif sont incomplets, ou rédigés d'une façon insuffisante ;

Et qu'il y a par conséquent lieu de modifier ces articles.

Voici, après lecture faite, les changements apportés :

Art. 4. (nouveau).

Dans les communes limitrophes où plusieurs médecins exercent en même temps, le médecin, acceptant un nouveau client qu'il sait notoirement appartenir à un confrère, doit avertir ce dernier qu'il ait à se faire payer s'il y a lieu.

Dans ce cas, l'ancien médecin doit immédiatement envoyer sa note.

Art. 5 (nouveau).

Lorsque plusieurs médecins ont été appelés en même temps pour un cas urgent, ils devront se retirer lorsque le médecin ordinaire sera arrivé.

S'il y a insistance de la famille, le médecin extraordinaire devra proposer, pour sauvegarder les droits antérieurs de son confrère, de donner leurs soins conjointement.

Mais, si la famille tient absolument à ce que le nouveau médecin continue ses soins *seul*, celui-ci devra avertir aussitôt le médecin ordinaire qui immédiatement enverra sa note.

Le Chapitre III est refait ainsi :

Art. 27.

Honoraires d'un accouchement naturel :
1re catégorie de 100 à 500 fr.
2e catégorie de 50 à 100 fr.
3e catégorie de 25 à 50 fr.

La délivrance seule est comptée comme un accouchement naturel.

L'accouchement gémellaire sera payé double.

Art. 28.

Ces prix ne sont que pour l'opération en elle-même ; on devra avoir égard, pour les fixer, non seulement à la position du client, mais encore au temps que l'on aura passé.

Art. 29.

Toutes les visites, voyages de jour ou de nuit, s'ajoutent au prix de l'accouchement selon le tarif ci-dessus.

Art. 30.

Tout accouchement laborieux qui nécessite l'emploi du forceps ou de la version se paie le double au minimum de l'accouchement naturel.

Du reste, comme pour l'accouchement simple, on devra avoir égard à la position du client, au temps que l'on aura passé, à la difficulté et à la gravité de l'opération.

Art. 31.

Est rangé au nombre des accouchements laborieux celui qui nécessite la présence presque continuelle du médecin pendant 12 heures.

Art. 32.

L'avortement est considéré comme un accouchement ordinaire, à moins qu'il n'exige une coopération active de la part de l'accoucheur, auquel cas il sera considéré comme un accouchement laborieux.

Art. 33.

Ajouter aux autres opérations de petite chirurgie, les injections hypodermiques.

L'art. 35 est refait de la façon suivante :

Art. 35.

Les explorations par le toucher ou à l'aide du spéculum, les cautérisations au thermo ou à l'électro-cautère, l'électrisation, la pose des pessaires seront payées à raison de 10 fr. pour la première catégorie et de 5 fr. pour la 2e et 3e.

§

Renouvellement du bureau. — M. Dulieu, président, s'exprime ainsi : Chers et honorables confrères, c'est aujourd'hui qu'expirent mes fonctions de président du syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Je profite de cette occasion pour vous témoigner de nouveau ma reconnaissance, car depuis la fondation du syndicat, qui remonte au mois d'août 1882, vous m'avez fait l'honneur de me nommer, les quatre années, votre président. Je saisis également cette circonstance pour vous adresser mes félicitations à tous indistinctement pour l'assiduité que vous n'avez cessé d'avoir à nos réunions.

Si je ne me trompe, cela veut dire que vous avez reconnu que notre syndicat, dont sans vanité je me glorifie d'avoir été l'initiateur, est une institution des plus utiles.

Déjà vous avez pu apprécier les avantages qu'elle peut nous procurer aussi bien au point de vue des rapports sociaux que des intérêts professionnels.

Permettez-moi, en terminant, d'adresser au nom du syndicat tout entier, et particulièrement en mon nom personnel, nos sincères remerciments à notre dévoué et zélé secrétaire, mon ami le Dr Lécuyer, qui a tant contribué à son bon fonctionnement. Dans un instant, vous allez procéder au renouvellement du bureau ; comme je crois avoir droit à la retraite, je vous prie de porter vos voix sur notre honorable vice-président, le Dr Ancelet.

Vive approbation et applaudissements.

Le secrétaire remercie le président des paroles flatteuses pour lui qu'il a prononcées.

Comme il sait que la décision du président de ne plus accepter cette fonction est irrévocable, il propose de le nommer président honoraire, en le remerciant *unanimement* d'avoir rempli si exactement ses fonctions pendant quatre ans et le priant d'accepter l'expression de la reconnaissance de ses confrères pour avoir fondé le syndicat.

Adopté à l'unanimité.

Le bureau est ainsi composé jusqu'en août 1887 et tous ses membres sont nommés à l'unanimité.

Président honoraire : Drs Dulieu (de Longucval).
Président : Ancelet (de Vailly);
Vice-Président : Bracou (de Vailly) ;
Secrétaire-Trésorier : Lécuyer (de Beaurieux) ;
Assesseurs ; Godart (de Fismes) ;
id. Wimy (de Braisne) ;

M. Gaillard dit que particulièrement il a applaudi aux paroles du président touchant notre dévoué secrétaire, et il propose, pour marquer la reconnaissance du syndicat envers lui, de le nommer *Secrétaire perpétuel*. Adopté à l'unanimité.

Le secrétaire remercie ses confrères, qui sont tous ses amis, de cette marque de sympathie; il en est très reconnaissant. A ce propos, dût sa modestie en souffrir, il demande la permission de lire une lettre à lui adressée par le Dr Barat-Dulaurier, secrétaire de l'Union des syndicats : « Qu'il serait à souhaiter que tous les syndicats déployassent la même activité que celui d'Aisne et Vesle! Ce qui leur manque, c'est un secrétaire intrépide. Je l'ai remarqué bien souvent, le syndicat le plus actif se relâchait, quand il remplaçait un secrétaire actif par un nouveau plus tiède, et au contraire ceux qui ont fait preuve de la plus grande apathie, se sont transformés à l'arrivée d'un secrétaire zélé. Comme ceux qui, dans leurs statuts, ne se sont pas condamnés à changer trop souvent cet important rouage, ont été bien inspirés ! »

« Eh bien ! mes chers confrères, continue le secrétaire, vous êtes du même avis que le Dr Barat-Dulaurier, en décrétant que les travaux (qui ne sont pas forcés) du secrétariat, soient exercés à perpétuité par la même personne. J'accepte, en en reportant tout l'honneur sur mes confrères qui m'ont rendu, quelques-uns par leurs travaux particuliers, tous par leur aménité et leur courtoisie la tâche si facile (*Applaudissements.*)

§

Le secrétaire expose que le syndicat laonnois a vécu ce que vivent les roses, l'espace d'un matin ; que depuis plus d'un an il ne s'est pas réuni ; que plusieurs de nos confrères ont quitté notre syndicat à cause de la proximité de Laon, et qu'il y aurait lieu, par conséquent, de leur demander à revenir dans notre syndicat dont la viabilité se montre de plus en plus.

Adopté à l'unanimité ; le secrétaire est chargé de ce soin.

§

M. Gaillard expose qu'aujourd'hui 31 août, Paris fête l'illustre Chevreul, à l'occasion de son centenaire, et propose de lui envoyer un télégramme d'admiration.

Cette motion est adoptée à l'unanimité et aussitôt est expédié le télégramme suivant.

« Le syndicat professionnel des médecins des vallées de l'Aisne et de la Vesle, réuni en séance, envoie l'expression de son admiration, et ses vœux de longévité au doyen des étudiants de France. »

§

Le secrétaire chargé de représenter le Syndicat à la réunion de l'Union des Syndicats à Paris proposera les vœux suivants :

1° Reconnaissance par la loi des syndicats de médecins.

2° Affranchissement, à prix réduit, des circulaires médicales.

3° Abrogation de l'art. 29 de la loi du 19 ventôse, an XI, qui interdit aux officiers de santé l'exercice dans un département autre que celui pour lequel ils ont été reçus.

4° Elucider la question de droit sur l'art. 2101 du code civil sur les privilèges des médecins.

5° Abolition de la prescription des honoraires ou au moins extension du laps de temps, 5 ans par exemple.

§

La séance est levée à 5 heures. La prochaine séance aura lieu à Fismes, après la séance de l'Union des Syndicats.

Ordre du jour.

1° Compte rendu annuel par le secrétaire.
2° Rapport sur la séance de Paris, par le même.
3° Des agences de recouvrement.

Le Secrétaire perpétuel,
Dr H. Lécuyer.
de Beaurieux (Aisne).

Bureaux des syndicats médicaux pour 1886

(Suite.)

Syndicat de la Haute-Saône.

Président : Drs Corne.
Vice-Président : Massin.
Secrétaire : Maussire.
Trésorier : Voisard.

DÉLÉGUÉS.

Arrondissement de Gray : Drs RICHARD.
id. GOURDAN - FORMENTEL fils.
Arrondissement de Lure : Drs GAUTHIER.
id. SIMONIN.
Arrondissement de Vesoul : Drs COLLOT.
id. GUILLEMINOT.

CONSEIL JUDICIAIRE.

M. GRILLON, avocat.

NOUVELLES

Par arrêté ministériel, en date du 2 octobre 1886, la franchise est accordée aux maires pour correspondre, dans l'intérêt du service de protection des enfants du premier âge, avec les médecins inspecteurs de ce service ; cette franchise est également accordée aux médecins inspecteurs pour correspondre avec les préfets, les sous-préfets et les maires de leur circonscription médicale.

— M. le docteur A. Trousseau vient d'être nommé, après concours sur titres, médecin en second à la Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. Il vient aussi d'être inscrit sur la liste des experts près le tribunal de première instance de la Seine.

Faculté de médecine de Paris.

1er TRIMESTRE DE L'ANNÉE SCOLAIRE 1886-87. — INSCRIPTIONS, CONSIGNATIONS ET TRAVAUX PRATIQUES.

I. *Inscriptions*.

Le registre d'inscriptions sera ouvert le jeudi 14 octobre. Il sera clos le samedi 20 novembre, à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à 3 heures de l'après midi :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 14, vendredi 15, samedi 16, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22, samedi 23, mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 octobre, et les mercredi 3, jeudi 4, vendredi 5, samedi 6 novembre. (La neuvième inscription de doctorat sera délivrée aux mêmes jours.)

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20 novembre.

MM. les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de 3e et 4e années de doctorat et de 2e, 3e, et 4e années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du mardi 9 novembre 1886.

AVIS SPÉCIAL A MM. LES INTERNES ET EXTERNES DES HÔPITAUX. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, seront tenus de joindre à leur feuille d'inscriptions un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou externes pendant le 4e trimestre 1885-86. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur. Les inscriptions sont refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

II. *Consignations pour examens.*

Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du 11 octobre, les lundi et les mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le 1er examen de doctorat et les examens de fin d'année, les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 11 et mardi 12 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet.

III. *Travaux pratiques.*

Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs.

Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirants au doctorat ou à l'officiat.

Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant 16 inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le Doyen, sur leur demande écrite :

1° Les étudiants ayant 16 inscriptions ;
2° Les docteurs français ;
3° Les docteurs et étudiants étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 fr., payables en une fois.

(Des affiches ultérieures feront connaître la date d'ouverture des travaux pratiques.)

IV. *Cartes d'étudiant.*

Les cartes d'étudiant, pour l'année scolaire 1886-87, seront délivrées au secrétariat de la Faculté, aux jours et heures indiqués pour les inscriptions et les consignations.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part de la mort de M. le docteur Bernier (Jean), membre du *Concours médical*, décédé à Branchamel.

BIBLIOGRAPHIE

GALEZOWSKI. Des cataractes et de leurs opérations. Conférences cliniques. Brochure in-8° de 52 pages. Prix 1 fr. 50.

Publication du *Progrès médical*, Paris, 14, rue des Carmes.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

De la Société du Concours médical et de l'Union des Syndicats.

Chers Confrères,

Votre présence à nos assemblées a consacré, depuis huit années, tous nos actes.

L'échange d'idées qui se produit, par la mise en présence des Sociétaires du *Concours* et des délégués des *Syndicats*, a plus de portée que les articles insérés au journal. Les objections aux projets qu'on présente à nos réunions ne peuvent, dès lors, être interprétées comme une fin de non recevoir arbitraire. Vous savez bien, aussi, que dans nos assemblées, quoiqu'il y ait un ordre du jour, néanmoins toute proposition née de nos discussions est assurée d'être prise en considération.

Nous avons, cette année, comme les précédentes, des questions intéressantes à soumettre à vos délibérations.

L'année qui suit est destinée à faire aboutir, lorsque cela nous est possible, les projets exposés.

Lorsqu'ils ne peuvent être exécutés, ils restent cependant à l'étude, et, si des circonstances favorables viennent à se produire, le *Conseil de Direction du Concours* et le *Bureau de l'Union des Syndicats*, chacun dans sa sphère, ne négligent rien pour les mener à bien.

C'est vous dire le prix que nos amis et moi nous attachons à votre venue. Un déplacement annuel est on ne peut plus favorable à l'équilibre moral du médecin. Prenez donc vos dispositions pour venir faire connaissance ou la renouveler avec des confrères qui, toute l'année, se sont occupés de vos plus chers intérêts.

Votre présence est, pour nous tous, un encouragement que nous recherchons. Avec votre aide nous servirons encore mieux la profession ; vos conseils seront écoutés, vos vœux satisfaits, quand cela sera en notre pouvoir.

Venez donc le 7 novembre prendre part à la réunion et au Banquet qui la suivra, et, comme il en est encore temps, veuillez nous adresser, par écrit, les propositions que vous désirez voir inscrire à l'ordre du jour. Chacun de vous doit, quand cela lui est possible, consacrer quelques heures aux œuvres auxquelles nos collaborateurs et moi sommes absolument dévoués.

Le Directeur,
A. CÉZILLY.

LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

ET LE JOURNAL « Le Concours Médical »

La Société du CONCOURS MÉDICAL est une association de médecins qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Dr Cézilly, pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Elle compte aujourd'hui plus de 3,000 membres.

Le journal le « *Concours Médical* », journal hebdomadaire de médecine et de chirurgie, propriété du Dr Cézilly, a été entre les mains de son fondateur l'instrument qui a permis la création de la Société ; il en est resté l'organe et le soutien, comme il l'est aussi des Syndicats médicaux à la naissance desquels il a présidé.

Voilà presque huit années d'écoulées depuis le jour où M. Cézilly a commencé l'exécution d'un plan médité longuement ; à la veille d'une assemblée générale annuelle des membres de la Société du Concours, il est opportun de jeter un coup d'œil en arrière, de mesurer le chemin parcouru, afin de prendre confiance dans l'avenir.

Le nombre croissant des médecins, ou, si l'on aime mieux, leur agglomération de plus en plus dense sur les points du territoire où la vie est agréable, — la concurrence mal avisée qu'ils se font, — les empiétements sans cesse plus audacieux du charlatanisme et de l'exercice illégal, — la mollesse de la magistrature à faire respecter les faibles prérogatives que la loi nous accorde en échange du prix dont nous payons des études de jour en jour plus longues et plus coûteuses, — certains préjugés sociaux par suite desquels le médecin semble être un homme à l'aise, pouvant se passer de son salaire ou l'attendre indéfiniment ; — tous ces motifs, et bien d'autres que nos lecteurs connaissent aussi bien que nous, rendent des moins enviables la position du médecin dans la société contemporaine.

Qu'on ne nous objecte pas que les médecins ont conquis une plus large place au soleil, parce qu'ils siègent en plus grand nombre qu'autrefois dans le Parlement et les grands corps élus ! Si tant de médecins renoncent à la médecine pour se vouer aux affaires publiques, c'est peut-être parce que la médecine ne donne qu'à un trop petit nombre de ses adeptes la récompense que méritent leur intelligence et leur activité.

C'est en songeant à cette fâcheuse situation que le Dr Cézilly, animé depuis longtemps du désir de contribuer à l'étude des difficiles problèmes d'où dépendrait l'amélioration de la condition du médecin, et convaincu que cette étude ne pourrait aboutir que par le *concours* d'un nombre imposant de bonnes volontés, entreprit, en 1878, de fonder une Société de médecins disposés à le seconder dans ses projets.

Ainsi est née la Société du Concours médical sur le but et les statuts de laquelle il serait superflu d'insister, puisque bien des fois déjà ils ont été publiés et sont à la disposition de quiconque en fait la demande.

Le journal « *Le Concours Médical* », moyen d'action, trait d'union et tribune pour les membres de la Société, n'a longtemps fait qu'un avec elle. Grâce à l'habile gestion de son fondateur, il a prospéré assez pour constituer, après peu d'années d'existence, un capital de 30,000 fr. à la Société, capital *dont le revenu est employé uniquement à l'exécution d'entreprises d'intérêt général*. Quant aux intérêts particuliers des membres mêmes de la Société, c'est encore le journal qui les sert en permettant le fonctionnement des services créés.

Ces services particuliers ont été critiqués, mais par ceux-là seuls qui exercent dans des conditions à n'en jamais sentir le besoin, et ceux-là constituent la minorité du corps médical.

La plus grande partie de nos confrères se louent au contraire de l'organisation de ces services ; une foule de lettres que nous avons en main en font foi.

Le médecin est toujours un homme très occupé, même quand ses soins, mal rétribués, ne l'enrichissent pas ; c'est en outre presque toujours un homme qui, pour les choses matérielles de la vie, redoute les préoccupations. Aussi, quand il a sur son bureau l'indication de quelques adresses où il sait n'avoir qu'à écrire pour donner satisfaction prompte à la plupart des besoins de son existence professionnelle, est-ce pour lui, non seulement une économie de temps, mais encore une grande tranquillité d'esprit. C'est pour donner satisfaction à ces besoins qu'ont été créés successivement les services *du vaccin*, des *nourrices*, *d'analyses chimiques et micrographiques*, etc.; qu'ont été choisis des *fournisseurs* de tout ce qui peut être utile à un médecin, depuis le fabricant d'instruments de chirurgie et le libraire, jusqu'au papetier et au fabricant de voitures, etc. La préoccupation des organisateurs de ces services a toujours été d'obtenir pour les membres de la Société les conditions de prix les plus avantageuses, et ils ont souvent réussi. Néanmoins des améliorations sont à faire et seront bientôt réalisées par le remaniement de plusieurs de ces services.

FEUILLETON

Cercle médical du Pays-Quirgeois

De medicina quid ?

La vertu la plus difficile peut-être à pratiquer dans notre profession, dit le Dr *Kœnig*, c'est la sincérité. Il est impossible qu'un médecin soit sincère !...

— La sincérité nous est pourtant bien plus facile qu'aux anciens, fit observer *Justus*.

Les médecins du vieux temps étaient pour ainsi dire obligés de prendre très au sérieux le rôle de guérisseurs que l'opinion publique leur attribuait. Et en conséquence ils accablaient de remèdes le pauvre monde, prouvant ainsi qu'ils n'étaient jamais à court. Ils médicamentaient leurs malades tantôt pour les guérir, tantôt pour prévenir des complications imaginaires. Leur sagesse avait pour devise : *voir et prévoir* !...

— Je me souviens qu'en 1840 nous faisions un peu abus du séton, tout de même !... On établissait des cautères à tout propos, comme le font encore certains vétérinaires dans nos pays, pour faire sortir du corps les humeurs. On dérivait. On révulsait. Tous les matins, en procédant à des pansements méthodiques, on avivait les ulcères, ou en détruisait les carnosités, on en cautérisait les bords, pour les mondifier... Pauvre humanité ! nous faisions contre elle une médecine militante.

— On croyait bien faire.

— Evidemment. D'ailleurs, les malades le demandaient, parce que tout le monde avait foi dans ces choses-là. On était persuadé qu'on ne pouvait pas guérir sans souffrir ou sans avaler beaucoup d'ingrédients désagréables.

Las medicins pitoyoux
fant las maux gauloux,

disent encore les bonnes gens de chez nous : les médecins qui ont peur de faire souffrir laissent les plaies engendrer la vermine.

— On comptait pour peu de chose la puissance médicatrice de la nature, prétendant obtenir tout par l'art de prescrire, amener les crises, les suspendre ou les précipiter... On s'imaginait qu'à l'aide des médicaments, on pouvait éveiller le principe vital endormi, le solliciter et l'obliger à fonctionner sur un point ou sur un autre par le moyen d'une excitation spéciale. Il y avait donc des remèdes pour faire pousser les dents, favoriser la sécrétion du lait ou l'arrêter ; des remèdes contre la toux, contre les glaires, contre l'hydropisie, etc., etc...

C'est dans le même ordre d'idées que, après avoir soigneusement étudié les questions de cet ordre, une commission de médecins éclairés a fait choix d'un certain nombre de *spécialités pharmaceutiques*, qui représentent les médicaments les plus usuels, et qui lui ont paru dignes d'être recommandées aux membres de la Société. — Ce n'est pas ici le lieu de discuter à nouveau cette question des spécialités ; il serait à coup sûr souhaitable que tous les médecins de France connussent assez bien l'art de formuler et que tous les pharmaciens de France vendissent des médicaments simples d'assez bonne qualité, pour rendre inutile la spécialisation. Mais il faut voir les choses comme elles sont ; or, tant que la thérapeutique pratique sera négligée dans l'enseignement officiel, et que l'inspection des pharmacies laissera à désirer loin des centres, beaucoup de médecins des campagnes et même des villes auront recours aux spécialités. Dès lors mieux vaut qu'ils sachent où en trouver de bonnes. — Tel est le motif du parti qu'a pris la Société de recommander à ses membres certaines spécialités plutôt que certaines autres, sans les obliger en aucune façon à s'en servir.

L'organisation des *renseignements pour cessions de clientèles et remplacements* est une de celles qui fonctionnent avec le plus d'activité et rendent le plus de services.

Voilà en gros ce que la Société du Concours médical a fait pour les intérêts particuliers de ses membres.

Ce qu'elle a fait pour servir les INTÉRÊTS GÉNÉRAUX de la profession vaut mieux encore.

Si le Dr Marguerittte, avec l'aide du Dr Gibert et de ses autres confrères du Havre, a pu réaliser dans cette ville le premier syndicat prospère, leur exemple n'eût jamais été imité et eux-mêmes se fussent peut-être découragés, si M. Cézilly et le *Concours médical* ne fussent venus à la rescousse. — Or les *Syndicats*, quoi qu'on ait pu dire, sont jusqu'à nouvel ordre le seul moyen pratique que les médecins puissent avoir d'étudier fructueusement les innombrables questions professionnelles et de s'associer pour se défendre ; ils deviennent le meilleur instrument de moralisation de la profession en écartant les indignes, sinon du droit légal d'exercer (chimère caressée dans plusieurs projets de réforme récemment proposés), du moins de tout commerce avec leurs confrères, seule véritable sanction de l'honnêteté professionnelle. — Ce qui prouve que les syndicats sont bons, c'est que, malgré l'opposition qu'ils ont rencontrée de la part de certains magistrats, aucun de ceux qui s'étaient fondés n'a péri, et qu'il continue à s'en former de nouveaux. Aujourd'hui même nous avons la satisfaction de souhaiter la bienvenue au jeune Syndicat de la vallée de l'Hérault.— Au premier jour, le Parlement, dans lequel nos efforts incessants et la justice de notre cause nous ont rallié de nombreux partisans, va nous rendre le droit de personnalité civile, qui nous a été si ridiculement contesté, et l'*Union des Syndicats*, issue aussi de notre initiative, continuera à servir de lien fédéral entre les syndicats nés et à naître.

Si la *Revision de la législation* surannée qui nous régit est mûre pour la discussion parlementaire, nous avons le droit de dire que nos constants efforts n'y ont pas peu contribué ; quand cette discussion s'ouvrira, où les législateurs trouveront-ils l'exposé complet de toutes les doléances du corps médical, les arguments pour ou contre telle ou telle réforme, sinon dans la collection des huit années du *Concours médical* (Chronique professionnelle et Bulletin des syndicats), véritables cahiers généraux de nos revendications ?

Le médecin, qui le plus souvent réussit à peine à vivre de sa profession, arrive rarement et de moins en moins, si on excepte un petit nombre de savants, d'heureux et d'habiles, à s'assurer pour ses vieux jours l'aisance dans le repos.

Pour combattre l'imprévoyance naturelle à beaucoup d'entre nous, le Concours médical a toujours

---

On croyait fermement à tout cela. Dans un milieu pareil, le médecin était bien obligé de mentir et de faire chorus. S'il avait mis en doute les vertus miraculeuses de l'arnica ou de l'orviétan, s'il s'était insurgé contre les doctrines polypharmaques, il aurait été excommunié et peut-être exclu du privilège d'exercer l'art de guérir. Du reste, une manière de voir aussi renversante aurait produit sur ses clients le même effet que le chant du renard sur une volée de canards sauvages.

Nous pouvons aujourd'hui oser ne rien prescrire.

Je me souviens qu'en 1854, j'eus pour la première fois le courage de ne pas saigner un malade atteint de pneumonie. Il m'en a coûté certes beaucoup d'agir à ma volonté, de donner le pas à ma petite raison sur les idées courantes... Et si la famille du malade s'était avisée de m'imposer un consultant de la vieille école, à cheval sur les principes, et que ce consultant m'eût demandé : « L'avez-vous saigné ?.. Pourquoi ne l'avez-vous pas saigné ?... », quelle aurait été ma confusion pour avoir commis une incartade pareille !

Aujourd'hui chacun fait pour le mieux et comme il l'entend, certain que tous les modes de traitement ont des champions qui les préconisent : les saignées, les antimoniaux, les spiritueux, les boissons froides, et les boissons chaudes, etc., toutes les espèces de thérapeutique ont leurs partisans plus ou moins convaincus.

— Il y a encore une infinité de malades qui ne retiennent de nos prescriptions que la recette pharmaceutique. Ils font peu de cas de nos conseils sur l'hygiène qu'ils ont à observer, sur ce qu'ils doivent faire, sur ce qu'ils ont à éviter ; ils n'attachent d'importance qu'au médicament proprement dit et à son administration. « A quelle heure faut-il prendre ma cuillerée ? Dans quoi dois-je avaler mes pilules ?... Mon médecin n'a rien prescrit ; comment guérirai-je, si je ne prends rien ?... »

C'est de la superstition médicale.

— Et cette superstition, dit *Kœnig*, est un des principaux facteurs de la discorde qui règne entre les confrères, chacun ayant ses préjugés pharmaceutiques et tenant, qui pour la casse, qui pour le séné. « Qu'est-ce que le confrère vous a prescrit ? Du bismuth ? J'en étais sûr ! Il est insensé avec son bismuth... Son bismuth ne sert pas plus à porter qu'à traîner !... Prenez du ratanhia !... Des astringents qui vous resserrent les fibres musculaires... »

Que doit penser le vulgaire de ces variations, de ces divergences, de ces contradictions dont il ne soupçonne pas la vanité ? Ce qu'il en pense ? c'est que la médecine ainsi comprise est une farce.

Un médecin du XVIIe siècle, Samuel Sorbière, homme de grand sens et très érudit, s'étonnait que celui qui peut vivre sans cela persistât à exercer l'art de guérir. « Il faut se plaire, dit-il, extrêmement au « galimathias, au mensonge et à la conviction d'i-

engagé ses adhérents à contracter des *assurances sur la vie*. Le système des assurances, qui rend tant de services dans les pays anglo-saxons, n'est pas encore assez entré dans nos mœurs, et c'est tant pis. Le Concours médical a cru être utile à ses membres en leur facilitant les recherches et les démarches par le choix qu'il a fait de compagnies d'assurances offrant toute garantie. L'on n'a pas manqué de l'accuser jadis de s'être inféodé à une compagnie étrangère; accusation ridicule qui a dû tomber devant le choix fait maintenant d'une compagnie française.

Mais nous avons pensé un jour qu'il y avait mieux à faire encore pour assurer l'avenir, et, après une enquête longue et minutieuse, organisée par nous, avec le concours de confrères aussi prudents que dévoués, la *Caisse des pensions de retraite du corps médical français*, régie par les statuts dus au Dr Lande, a vu le jour et fonctionne à la satisfaction de tous ses adhérents. Le nombre de ceux-ci serait décuplé en peu de temps, si nos confrères comprenaient leurs véritables intérêts; telle qu'elle est, elle rendra déjà de considérables services.

Voilà ce qu'a fait pour l'étude et la défense des intérêts du corps médical LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL, et chacun de ses membres a le droit d'en être fier. Le passé est garant de l'avenir : elle fera plus encore. Les sacrifices d'argent considérables qui ont été nécessités par la réalisation de ce que nous venons de dire, c'est le journal « *Le Concours Médical* » qui les a rendus possibles ; c'est grâce à la réussite du journal que la Société a prospéré.

A quels éléments ce journal a-t-il dû son incontestable succès, n'étant patronné par aucune notabilité du corps enseignant? C'est une question qui nous a été posée plus d'une fois et voici ce que nous avons toujours répondu :

Les journaux médicaux français sont nombreux, et beaucoup d'entre eux sont bien rédigés, mais il en est peu qui répondent aux besoins du praticien occupé.

Il a semblé à la rédaction du *Concours médical* que nos confrères, tout en ayant le désir légitime de ne rien ignorer des *acquisitions nouvelles* de la médecine, n'avaient pas de temps à perdre à lire cette foule de détails accessoires, souvent inutiles, dont sont entourées les communications faites dans les Sociétés savantes étrangères et même françaises. Des résumés rapides et précis, des revues critiques, des conseils pratiques, des formules thérapeutiques, peu ou point d'anatomie pathologique, mais une préoccupation constante de tout ce qui peut éclairer le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique, de temps à autre quelque variété de nature à délasser le lecteur des questions purement médicales ; une place proportionnelle à leur importance pratique faite aux questions de gynécologie et d'obstétrique, voilà notre programme scientifique et nous recevons chaque jour les témoignages d'approbation les plus précieux.

Une part à peu près égale est consacrée à la médecine et aux questions professionnelles, mais dans l'étude de celles-ci, notre éclectisme est absolu; bon accueil est fait à toutes les manières de voir afin que les questions obscures s'éclairent au choc des opinions contraires. Cette tolérance large et sans préjugés était peut-être nouvelle dans la presse médicale.

Les lecteurs de beaucoup de journaux médicaux sont sans cesse agacés de la part chaque année croissante que prend *la réclame pharmaceutique* dans leurs colonnes. Jadis la couverture seule en était ornée; aujourd'hui le texte en est émaillé.

Les directeurs de ces journaux répondent aux plaintes de leurs lecteurs que, sans la réclame pharmaceutique, les journaux médicaux ne peuvent vivre. Telle n'a jamais été notre manière de voir, et, *jamais une seule ligne de réclame* n'a été insérée dans notre texte. Si d'aucuns trouvent ce mérite mince, au moins ne peut-il nous être contesté.

Fidèle à notre ligne de conduite, nous continue-

« gnorance qui arrive tous les jours aux médecins, « pour faire un métier auquel on devrait être bien « aise d'avoir eu le moyen de renoncer. » J'ai pensé cela bien des fois ; et beaucoup de gens du monde partagent le sentiment de Sorbière.

— Nous sommes, en effet, trop enclins à envoyer nos clients chez l'apothicaire, au moindre bobo, comme pour nous en débarrasser.

Un pauvre vieil octogénaire à la mâchoire usée vient à la consultation : « Qu'est-ce que vous avez ? — J'ai tous les matins beaucoup d'oppression et quelques envies de vomir. — Avez-vous mal à la tête ? — Non ! — Allez-vous à la selle ? — Oui, comme d'habitude !... » Le médecin pour la forme tâte le pouls, ausculte le cœur, examine la langue : il ne découvre rien. « Allons ! prenez tous les soirs une petite dose de bromure dans un demi-verre d'eau sucrée et revenez dans quelques jours... » A huit jours de là, notre homme revient. « Avez-vous pris les paquets ? — Oui. — Comment vous en trouvez-vous ? — Ni pire ni mieux. — Essayez alors ceci ou cela... » Ceci ou cela peut évidemment faire du bien ; mais qu'une personne mieux avisée demande au pauvre vieux : « Est-ce que vous mangez le soir ? — Très peu ; je crains de charger mon estomac, je mâche très difficilement. — C'est peut-être le besoin qui vous cause l'oppression dont vous souffrez sur le matin. Pourquoi ne pas avaler dans la nuit une bonne tasse de chocolat ou de bouillon froid ? Vous verriez que vos étouffements diminueraient.

— En vérité, je vous le dis, fait Sévérin, cette personne avisée a mis le doigt sur la plaie. Elle a du flair médical plus que beaucoup d'étourneaux diplômés.

Une veuve de 65 ans vient me demander ce qu'elle doit faire pour se débarrasser du mal dont elle souffre depuis six ans, depuis la mort de son mari. « Qu'est-ce que ce mal, lui dis-je ? — Vous l'entendez bien ! » C'était un hoquet presque continuel occasionné par de la flatulence gastrique et devenant plus fort après chaque repas. « Vous avez consulté déjà bien des fois, » demandai-je à la malade ? — « Oui, et rien ne me fait. Dernièrement encore un pharmacien d'Ornans m'a vendu des remèdes qui devaient me guérir dans quinze jours : j'ai pris ces remèdes et mon mal n'a pas diminué. — Que vous a-t-on conseillé comme régime ? » — Comme régime ? — Oui ; que vous a-t-on dit de prendre ou d'éviter à vos repas ? — Mais je mange de tout, M. le Docteur, rien ne me fait mal : je digère bien tout ! » Je me contentai de prescrire à cette brave femme du lait et des bouillons de bœuf ou de volaille, ce qu'on se procure aisément au village, avec une légère infusion de trèfle d'eau soir et matin... et j'ai appris depuis que la flatulence avait à peu près cessé.

— Soyez persuadé qu'elle attribue cette amélioration au trèfle d'eau.

(*A suivre.*) Dr PERRON.

rons dans l'avenir à rester toujours le JOURNAL DES PRATICIENS, ce qui ne veut pas dire un journal rétrograde. Les pionniers de la science ont toujours reçu et recevront toujours de notre part l'appui, les encouragements et les témoignages de respect auxquels ils ont droit ; dans les découvertes dont ils enrichissent chaque jour la médecine, tout ce qui comporte une application pratique, nous continuerons comme par le passé à le signaler à nos lecteurs.

Le seul souci de la Direction étant de favoriser la réalisation de son programme de réformes professionnelles et la diffusion des idées qui nous sont communes avec nos lecteurs, nous n'éprouvons aucun scrupule à demander à tous ceux qui nous approuvent de nous recruter de nouveaux adhérents.

Parmi les membres de la SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL, il en est à qui le journal a été servi régulièrement et gratuitement depuis sa fondation ; qu'ils jugent si le moment n'est pas venu pour eux de fortifier l'approbation qu'ils nous ont accordée par le léger sacrifice pécuniaire que représente le prix de l'abonnement.

Que nos abonnés, de leur côté, veuillent bien nous faire un peu de propagande, et notre succès croissant sera la meilleure réponse à opposer aux détracteurs des idées que la *Rédaction du Concours Médical* défend sans se lasser depuis huit ans et dont le triomphe sera, nous en avons l'absolue confiance, le salut de la profession médicale au milieu du conflit de plus en plus ardent des intérêts sociaux.

LA SEMAINE MÉDICALE

Le principal événement de la semaine a été la deuxième session du *Congrès français de Chirurgie*, qui a eu lieu lundi dernier, sous la présidence de M. le professeur Ollier (de Lyon), assisté de MM. Le Royer, président du Sénat, et Zévort, recteur de l'Académie de Paris, représentant le ministre de l'instruction publique. Le succès de cette utile fondation a été complet ; notre collaborateur pour la chirurgie donnera, dans le prochain numéro, l'analyse des nombreuses communications qui ont été faites.

La séance de **l'Académie de médecine** (19 octobre) a été remplie par des communications très intéressantes.

M. Rochard a relu, au nom de la Commission chargée d'étudier la question de *l'alcoolisation des vins*, les conclusions modifiées, afin que dans huit jours la discussion puisse s'engager sur ces conclusions nouvelles.

M. *M. Perrin* a répondu à la précédente communication de M. Javal sur le *traitement du strabisme* ; l'emploi de verres convexes que l'on commence à faire porter à l'enfant vers l'âge de six ans lui a donné des succès dans le traitement du strabisme intermittent ou variable.

M. *Javal* a répliqué qu'il connaissait bien ce moyen, applicable seulement à certains cas exceptionnels, comme aussi l'atropine ou l'ésérine dans d'autres cas particuliers.

M. *Cornil* a lu, au nom de M. *Bergeon* (de Lyon), une communication sur le traitement de la phthisie pulmonaire et de l'asthme par **l'injection de médicaments gazeux dans le rectum.** Ce procédé dont nous avons déjà parlé, consiste à faire arriver dans le rectum un courant d'acide carbonique pur qui a traversé préalablement une solution médicamenteuse, eau sulfureuse par exemple. La facile diffusion de l'acide carbonique et de l'hydrogène sulfuré dans la circulation et leur élimination rapide par l'appareil respiratoire rend compte des bons effets obtenus, diminution de la suppuration broncho-pulmonaire, disparition des accidents septiques qui en sont la conséquence, fièvre, sueurs, etc. Malheureusement, si les crachats diminuent comme quantité, les bacilles ne disparaissent pas. M. le Dr Chantemesse, qui a expérimenté ce mode de traitement dans son service, s'en est d'ailleurs bien trouvé pour plusieurs phthisiques.

MM. *de Beurmann* et *Prengrueber* ont présenté une malade de 12 ans à qui ils ont pratiqué la *pneumotomie* pour une caverne gangreneuse de la partie moyenne du poumon droit. Il y avait lieu de penser que cette excavation était soit consécutive à un foyer broncho-pneumonique, soit à une pleurésie interlobaire suppurée et ouverte dans les bronches. L'absence de bacilles dans les crachats abondants et fétides, le siège et la marche des accidents écartaient l'idée de la tuberculose. Nous laisserons à notre collaborateur chirurgical le soin de décrire le manuel opératoire suivi ; nous nous contenterons d'enregistrer que l'ouverture de la caverne, le drainage, les lavages ont amené la guérison presque complète en trois semaines.

M. le Dr *Queyrel* (de Marseille) a étudié *l'influence du choléra sur la grossesse*. Celle-ci aggrave le pronostic du choléra. Le choléra amène fréquemment l'avortement, si la femme ne meurt pas avant ; l'avortement se produit surtout dans la seconde moitié de la grossesse. Près du terme, quelques enfants peuvent venir vivants, mais ils succombent souvent au choléra dès les premiers jours. Le choléra a une action fâcheuse sur les suites de couches et la lactation.

MÉDECINE PRATIQUE

Les tuméfactions du foie dans les maladies chroniques et l'albuminurie hépatique.

Il y a deux siècles, le foie était à ce point déchu de l'importance que lui avait attribuée l'antiquité qu'on fit plaisamment son épitaphe.

Les temps sont bien changés ; la physiologie et la médecine de notre temps lui ont peu à peu rendu la haute dignité qu'il mérite d'occuper dans la hiérarchie des appareils qui font vivre l'homme, mais qui peuvent aussi le faire mourir, ou tout au moins le rendre malade, quand ils cessent de fonctionner correctement.

Nous savons aujourd'hui que, sans compter les fonctions glycogénique et biliaire, le foie joue bien d'autres rôles considérables dans l'élaboration des matériaux destinés à l'assimilation, dans le perfec-

tionnement des matières excrémentitielles, dans l'arrêt, la transformation et la destruction des poisons.

M. le professeur Ch. Bouchard a consacré dans la précédente année scolaire son cours de pathologie générale à mettre en lumière le retentissement que le trouble de ces multiples fonctions du foie apporte dans l'économie tout entière. Nous en détacherons une leçon bien digne de fixer l'attention des praticiens.

I

Dans une enquête qui a porté sur près de 2,000 malades affectés de maladies chroniques diverses, M. Bouchard a reconnu qu'on peut constater, dans la proportion de 6 pour 100 environ, une tuméfaction plus ou moins notable du foie qui n'est ni le kyste hydatique, ni le cancer, ni la dégénérescence amyloïde, ni la dégénérescence graisseuse, ni la cirrhose hypertrophique, ni le foie cardiaque, ni le foie leucémique, ni le foie paludique.

M. Bouchard n'a pu déterminer encore les caractères anatomo-pathologiques de ces tuméfactions, les occasions de pratiquer l'autopsie des malades qui en sont atteints étant rares ; mais des raisons d'ordre clinique l'ont conduit à penser que, dans les deux tiers des cas, il y a *congestion du foie*, et que dans l'autre tiers, il s'agit d'une *hypertrophie de l'organe*.

Ces deux altérations du foie ont des affinités pathologiques spéciales et ne se trouvent pas indifféremment associées à toutes les maladies chroniques. C'est dans les maladies chroniques du tube digestif que la tuméfaction du premier genre se rencontre ; c'est dans le diabète, l'obésité, la goutte que se montre celle du second genre.

Ainsi, sur 389 observations personnelles de dilatation de l'estomac, M. Bouchard a reconnu que la tuméfaction du foie s'observe dans la proportion de 23 p. 100. Cette tuméfaction est mobile ; elle augmente, diminue, et disparaît suivant que les accidents dyspeptiques s'aggravent ou s'améliorent. Elle récidive facilement, elle s'accompagne d'endolorissement ou de pesanteur à l'hypochondre droit et se complique parfois d'ictère. En l'absence de constatation cadavérique, de tels caractères rendent probable la nature congestive de cette tuméfaction.

Cette congestion du foie est sans influence sur la production de la peptonurie, mais elle a une action sur le développement de l'albuminurie. Dans la dilatation de l'estomac, la proportion de la peptonurie est de 16 pour 100, indifféremment chez les malades qui ont le foie congestionné, et chez ceux qui ne l'ont pas. La proportion de l'albuminurie est de 21 pour 100 sur l'ensemble des cas ; mais elle est de 39 pour 100 chez les malades qui ont le foie congestionné, et de 12 pour 100 seulement chez ceux dont le foie est normal.

A côté de l'albuminurie dyspeptique, il y a donc souvent, dans la dilatation de l'estomac, une albuminurie hépatique. Cette albuminurie est plus ou moins durable ; elle peut disparaître totalement, mais elle est sujette à récidive ; l'examen des dépôts ne laisse pas découvrir de cylindres.

C'est à cette congestion du foie, si fréquente dans la dilatation de l'estomac, que M. Bouchard attribue la luxation du rein droit, luxation qui ne s'observe presque que chez les malades affectés de cette maladie de l'estomac et seulement chez les femmes qui portent le corset ou chez les hommes qui portent le ceinturon (1).

(1) Voir *Concours médical*, 1885.

Indépendamment de la congestion hépatique qui appartient à la dilatation de l'estomac, on observe dans certaines maladies chroniques une tuméfaction du foie plus considérable et plus persistante, capable cependant de varier lentement en plus ou moins, indolente et ne s'accompagnant jamais d'ictère. M. Bouchard ignore encore quels sont les caractères histologiques de cette altération du tissu hépatique. Ses caractères cliniques et ses associations pathologiques doivent faire supposer qu'il s'agit purement et simplement d'une augmentation de volume des cellules hépatiques. Toutefois, pour ne rien préjuger, M. Bouchard donne à cette altération le nom de *gros foie*.

Le gros foie ne s'observe que dans un groupe restreint de maladies chroniques : dans le diabète sucré, dans l'obésité, dans la goutte. Dans ces maladies, on le rencontre très fréquemment ; il est très rare, au contraire, qu'on l'observe dans les autres maladies chroniques.

Le gros foie peut s'observer à l'état d'isolement, sans autre maladie protopathique ; mais alors il se complique souvent d'albuminurie chronique, comme cela existe d'ailleurs très fréquemment avec le gros foie du diabète, de l'obésité et de la goutte. Le gros foie a été constaté d'abord par Frerichs, dans le diabète sucré. M. Bouchard a constaté que sa fréquence est de 37 pour 100 dans l'obésité, et de 26 pour 100 dans la goutte.

Dans 95 cas d'albuminurie chronique, non toxique, non cachectique, non cardiaque, M. Bouchard a constaté 45 fois l'existence du gros foie. Aussi pense-t-il que le gros foie est une des conditions pathogéniques de l'albuminurie, et c'est là un point bien digne d'attention, et gros de conséquences au point de vue du pronostic et de la thérapeutique.

II

L'albuminurie est un phénomène complexe. Il existe assurément une albuminurie rénale, soit que les épithéliums des tubuli soient malades, soit que l'innervation ou la vascularisation du rein soient troublés. Mais il existe certainement aussi des albuminuries dyscrasiques.

Les albumines qui s'éliminent par les reins sont de diverses sortes. Outre la sérine et la globuline dont les réactions et la valeur séméiologique ont été surtout étudiées jusqu'ici, il y en a d'autres qui diffèrent entre elles par la façon dont elles se comportent en présence de la chaleur, de l'acide azotique, du réactif de Tanret, des sels de cuivre, etc. Dans la même urine, quand on fait agir successivement ces divers réactifs en séparant par filtration les précipités qui se forment, on peut démontrer la présence de trois et quelquefois quatre variétés d'albumine. Cette pluralité des albumines dans une même urine s'explique mal par une simple altération du filtre rénal et constitue un bon argument en faveur de leur origine dyscrasique.

Semmola, qui dans une communication récente à l'Académie de médecine est venu affirmer à nouveau une doctrine qu'il défend depuis plus de 30 ans, considère que l'albumine du sang des brightiques est anormalement dialysable. La physiologie nous montre que certaines albumines, l'albumine de l'œuf, la caséine, injectées dans le sang, s'éliminent immédiatement en nature à travers un rein normal.

Puisqu'il est avéré que l'introduction expérimentale de certaines albumines anormales dans le sang peut causer l'albuminurie, il est naturel de se de-

mander si la maladie ne peut donner naissance à des albumines mal formées. La question paraît devoir être résolue par l'affirmative. L'hyperthermie fébrile, les maladies infectieuses, l'anémie et la chlorose, certains états cachectiques, certaines intoxications peuvent, même sans qu'il existe de lésions rénales, s'accompagner d'albuminurie, uniquement par les modifications chimiques qu'elles provoquent dans l'organisme. Les troubles fonctionnels de certains organes retentissant sur la nutrition générale peuvent aussi déterminer l'albuminurie. Celle-ci existe dans beaucoup d'affections du tube digestif, notamment dans la dilatation de l'estomac. Elle est très fréquente enfin dans les maladies du foie, et c'est une cause d'albuminurie jusqu'ici peu étudiée.

La plupart des observateurs qui ont parlé de l'albuminurie dans les affections du foie ont pensé que celle-ci n'était qu'indirectement le résultat de l'état de cet organe lui-même et qu'elle découlait d'une complication rénale.

Murchison, il est vrai, en 1876, avait fait allusion à l'existence d'une albuminurie dans les troubles fonctionnels du foie.

Il y a, disait-il, des raisons pour croire que l'albuminurie peut être produite par un trouble hépatique, en dehors de toute lésion organique des reins. »

Il ajoutait: « J'ai si souvent vu l'albuminurie, associée avec des troubles hépatiques, disparaître complètement et définitivement lorsque ces derniers ont été dissipés, que je ne puis guère douter du rôle que joue le foie comme cause d'albuminurie, question sur laquelle on n'a pas jusqu'ici suffisamment appelé l'attention. »

Ces affirmations n'ont pas résolu la question, car si l'albuminurie est fréquente dans les maladies du foie, elle peut dépendre de causes multiples et complexes ; mais Murchison n'a pas dit quel était l'état anatomique de l'organe dans les cas dont il parle. D'après les symptômes qu'il énumère comme caractérisant les troubles du foie, on peut se demander si les malades qu'il a observés n'étaient pas tout uniment des dyspeptiques. Or nous connaissons la fréquence de l'albuminurie dyspeptique en dehors même de la congestion hépatique.

Jusqu'à ce jour, la question de l'albuminurie hépatique était donc à peine posée, et M. Bouchard est sans contestation possible le premier qui en ait donné des preuves.

Notre éminent maître a, en effet, apporté des documents expérimentaux et cliniques qui permettent d'affirmer qu'il y a, en dehors des albuminuries d'origine rénale, d'autres albuminuries qui sont dues à une lésion ou à un trouble fonctionnel du foie et qui se produisent sans que le rein soit malade. C'est ce que nous allons montrer.

(A suivre). P. Le Gendre.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Taille stomacale (1)

L'Académie de médecine a suivi avec un intérêt bien mérité la très remarquable observation d'ouverture de l'estomac publiée le mois dernier par M. le Dr Polaillon. Le fameux homme à la fourchette du Dr Labbé a eu des imitateurs, l'opéré de M. Polaillon est le 18e qui depuis, ait cherché à se rendre célèbre par ce moyen. Cet homme, âgé de 25 ans, se présenta le 14 août à l'habile chirurgien de la Pitié, se plaignant de douleurs vives dans la région gastrique, causées par la présence d'une fourchette de fer qu'il avait avalée, le manche en avant, 6 jours auparavant. Les douleurs étaient calmées par l'ingestion des aliments. La palpation méthodique de la région révélait bien certains points douloureux, mais pour la première fois M. Polaillon chercha à tirer quelques renseignements de l'application de l'aimant. Approchant, sur la région de l'estomac un électro-aimant très puissant, il vit nettement un point limité bomber légèrement, tandis que le malade ressentait une douleur assez vive, l'aiguille aimantée du galvanomètre était déviée en passant devant l'estomac.

L'intervention fut conduite de la façon suivante : S'entourant de toutes les précautions de l'antisepsie, et le malade étant chloroformé, l'opérateur pratiqua une incision partant de la neuvième côte gauche à 1 centimètre du rebord costal, et se dirigeant vers l'appendice xyphoïde dans une étendue de 7 centimètres. Après avoir refoulé l'épiploon, il attira la paroi d'estomac qui s'offrait à la vue et la fixa aux deux extrémités de la plaie au moyen de deux broches métalliques. La cavité fut ensuite ouverte par une incision de 6 centimètres environ, et les doigts introduits purent reconnaître le corps étranger et le saisir au moyen d'une forte pince par son extrémité mousse afin de le dégager plus facilement. Ensuite la plaie gastrique fut bien nettoyée et on appliqua sur l'organe une suture en surjet au catgut fin, puis il fut abandonné dans la cavité abdominale dont l'ouverture fut refermée par une nouvelle suture.

M. Polaillon inaugurait ainsi une méthode différente de celle suivie par ses devanciers qui, fixant l'estomac à la paroi abdominale, produisaient une fistule transitoire. Les suites remarquables de cette opération ont été relatées dans notre numéro 40.

(1) Académie de médecine, 14 et 28 septembre.

Blessure du diaphragme dans l'opération de l'empyème (1).

Le médecin qui se trouve en présence d'un épanchement purulent de la plèvre et qui a décidé de pratiquer l'empyème a souvent pour unique souci, quand l'épanchement n'a produit aucune saillie appréciable de la paroi, de faire une incision dans un point assez déclive pour permettre une évacuation complète de l'épanchement. On pense généralement aussi que celui-ci, en s'accumulant, a refoulé le diaphragme en bas, et que la hauteur de la cavité se trouve ainsi augmentée aux dépens de la convexité du muscle qui serait diminuée. Le Dr Lagrange, dans un intéressant et substantiel mémoire, vient de montrer que pratiquement il n'en est pas toujours ainsi. Par suite d'inflammations adhésives du cul-de-sac pleural, par suite du refoulement du diaphragme par

(1) Lagrange. — *Archiv. génér. de Méd.*, septembre 1886.

des tumeurs du foie ou des rates volumineuses, ou encore chez certains sujets comme les femmes qui ont abusé du corset, la plèvre diaphragmatique peut avoir contracté avec la plèvre pariétale des adhérences qui diminuent d'autant la hauteur du cul-de-sac pleural. Ces circonstances expliquent les cas que rapporte le Dr Lagrange, où le diaphragme fut blessé par des incisions portant dans le septième espace intercostal et même dans le sixième (Kirmisson).

Peut-on reconnaître facilement l'élévation anormale du diaphragme au moment où l'on va pratiquer l'ouverture du thorax ? — Le Professeur Jaccoud signale bien la dépression des derniers espaces intercostaux pendant l'inspiration. Mais dans les épanchements abondants, tout le côté du thorax est distendu et immobile dans l'inspiration. Le plus sûr, dans tous les cas, est de suivre une règle invariable : pratiquer l'incision de la cage thoracique au-dessus de la sixième côte, c'est-à-dire dans le cinquième espace intercostal. Dans la plupart des cas, surtout si l'épanchement est récent, l'expansion du poumon suffira pour chasser le liquide vers l'orifice ; si l'évacuation n'est pas suffisante, on peut aller avec un explorateur introduit par la plèvre, voir s'il existe une partie plus déclive, et en ce point pratiquer une contre-ouverture à l'aide d'un trocart ; on aura ainsi parfaitement établi le drainage de la plèvre.

Traitement chirurgical de l'Erysipèle (1).

Les microorganismes spécifiques de l'érysipèle (streptococcus erysipelatus) infiltrent les éléments du derme et de l'épiderme et envahissent les capillaires sanguins et lymphatiques de la peau. On essaie depuis quelque temps déjà un traitement rationnel et local consistant à imbiber la peau de susbtances parasiticides, mais il est très difficile de trouver des préparations capables de la pénétrer assez profondément et assez vite. Kraske (de Fribourg) n'hésite point dans certains cas d'*érysipèles bien circonscrits*, et encore dans l'*érysipèle grave de la face* qui menace de s'étendre au cuir chevelu, à attaquer la lésion avec l'instrument tranchant.

Il fait d'abord un nettoyage rigoureux des parties malades, et du voisinage, puis à l'aide d'un fin bistouri, il pratique de petites mouchetures de 1 centimètre 1/2 environ sur la surface malade, en ayant soin d'atteindre la couche profonde de l'épiderme et même le derme. Si l'érysipèle est envahissant, il multiplie les mouchetures au niveau des limites du mal. Un abondant écoulement de sang se produit, on le favorise au moyen de pressions énergiques que l'on pratique avec la paume de la main, tandis que l'on fait couler sur les parties malades une solution phéniquée à 5 %. Après quoi on les recouvre au moyen de compresses trempées dans la solution à 2 1/2 % et que l'on renouvelle deux à trois fois par jour.

Chez les enfants et les vieillards, Kraske recommande de s'abstenir des scarifications et de recouvrir simplement les surfaces érysipélateuses au moyen de compresses trempées dans des solutions concentrées d'acide borique ou d'acide salicylique.

(1) *Centralblatt f. Chirurgie.*

Du diagnostic précoce de la pyélite calculeuse ou de la pyélite simple par l'examen des urines (1).

Il est souvent bien important pour le chirurgien de pouvoir reconnaître de bonne heure les altérations du rein qui peuvent être justiciables de son intervention. Le Dr Fische (de Prague) fait observer combien il est rare de faire, au début le diagnostic de certaines affections du rein et surtout des pyélites. Souvent les malades accusent des douleurs cardialgiques, des crises de douleurs intestinales, des douleurs sur le trajet des côlons s'accompagnant de météorisme, de vomissements simulant l'occlusion intestinale. Souvent encore les malades se plaignent de douleurs lombaires qui font porter le diagnostic de rhumatisme musculaire. Dans nombre de cas les douleurs irradiées le long du trajet des uretères font absolument défaut. Pour Fische, le meilleur renseignement se tire de l'examen des urines. Dans la pyélite calculeuse, au début, elles contiennent toujours de nombreux globules rouges et blancs, des cylindres épithéliaux et hyalins et aussi des cristaux très abondants d'acide urique. Dans les autres formes de pyélite, on trouve toujours d'abondants globules rouges et blancs, et bientôt des globules de pus et même des micro-organismes tout à fait caractéristiques. Toutes les fois donc que l'on sera en présence de phénomènes douloureux obscurs des régions rénales, en l'absence des signes classiques des néphrites, il faut faire un examen sérieux des urines et y rechercher les caractères que nous venons de signaler.

Traitement des maladies des voies urinaires par la naphtaline (2).

Il est parfois très difficile de combattre la fétidité des urines chez les anciens rétrécis et les prostatiques. M. le Dr de Pezzer a eu d'excellents résultats dans ces cas, en employant la naphtaline, à l'intérieur, à la dose de 1 gramme par jour divisé en quatre parties de 0 gr. 25 centigr.. Le mieux est d'administrer ce médicament enrobé dans des capsules de gluten ; on évite ainsi les éructations désagréables produites par l'absorption des pilules. Sous l'influence de la naphtaline, les urines fétides, ammoniacales, troubles et purulentes deviennent assez rapidement claires, acides ou neutres et le pus tend à diminuer notablement. Pour M. le Professeur Bouchard, la naphthaline peut sans inconvénient être employée à la dose de 3 à 4 grammes par jour ; elle se transforme dans les voies urinaires en naphtilsulfite de soude, substance antiseptique et non toxique qui a peut-être une *bienfaisante* action sur la vessie.

Dr Barette.

(1) Congrès des Médecins allemands de Bohême.
(2) Congrès de Nancy, 1886.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Pharmaciens.

> Au reste, à une époque assez reculée de l'histoire de France, les apothicaires étaient confondus avec les épiciers par la nature des produits qu'ils vendaient.
>
> A. Chéreau.

> Depuis la mort de Bovary, trois médecins se sont succédé à Yonville sans pouvoir y réussir, tant M. Homais les a de suite battus en brèche. Il fait une clientèle d'enfer ; l'autorité le ménage et l'opinion publique le protège. Il vient de recevoir la croix d'honneur.
>
> G. Flaubert.

Vraiment on croit rêver, quand on lit les bruyantes récriminations des pharmaciens à l'occasion des lois en préparation sur le régime militaire ou sur l'exercice de la pharmacie. De quoi se plaignent ces Messieurs ? Qui a fait de leur profession scientifique, si honorable dans la première moitié du XIXe siècle, alors qu'elle était ce qu'elle doit être en réalité, à moins de n'avoir plus de raison plausible d'exister ; qui a fait d'elle, je vous le demande, ce qu'elle est devenue aujourd'hui en attendant qu'elle disparaisse demain ?

Autrefois, le pharmacien se contentait d'être l'aide et le complément naturel du médecin. Quoi qu'on fasse, ce dernier sera toujours la tête qui ordonne et l'autre restera toujours le bras qui exécute. Dans son amour de cette chimère qui s'appelle l'Egalité, le médecin voulut faire du pharmacien son égal et son ami. Relevé par la condescendance du médecin, le pharmacien a mordu la main de son bienfaiteur et, l'amour du lucre aidant, la profession libérale n'est plus devenue qu'un métier et l'officine a dégénéré en boutique. Un jour viendra où les pharmaciens regretteront le temps passé, quand, plus modestes et, avec plus de vérité, ils se qualifiaient eux-mêmes *medici coqui*.

Aujourd'hui, la préparation exacte du produit le plus simple ne rentre plus dans leurs habitudes, et l'exécution d'une ordonnance magistrale est l'exception dans leurs occupations de détaillants. La pharmacie a été tuée du jour où elle s'est lancée dans la spécialité et, par suite, dans la médecine. Un abus entraîne l'autre. Le pharmacien a gagné plus d'argent et affamé le médecin, double satisfaction. Mais si, le plus souvent, par sa situation de fortune, il lui devenait supérieur, il enrage d'autant plus de rester, par la force même des choses, son subordonné. Il a beau faire, en effet, le plus de mal possible au médecin, il est toujours forcé de préparer une ordonnance médicale, et, s'il a le doux plaisir de ruiner un honnête praticien, jamais, jamais, il ne peut rien lui commander.

Malgré tout, il est, il a été et restera son inférieur jusqu'au jour, prochain, peut-être, où le monopole exorbitant de vendre les articles, fioles, pots, ou boîtes dans la préparation desquels le pharmacien n'entre absolument pour rien, sera considéré, justement, comme n'ayant plus aucune raison d'être. Alors, la préparation des ordonnances médicales restera si peu de chose comparativement, que le pharmacien redeviendra ce qu'il était autrefois, le simple marchand d'épices et de drogues, et que le médecin se trouvera seul chargé d'ordonner, d'appliquer et de préparer le remède pour le plus grand bénéfice de la santé et de la bourse des malades. *Ainsi le pharmacien aura tué la poule aux Œufs d'or.*

Ah ça ! croyez-vous qu'à la fin du XIXe siècle, à cette époque de toutes les revendications, le médecin restera seul à se laisser exploiter et de plus à s'entendre reprocher d'opprimer toute une corporation ? C'est un comble !

Je vous le dis en vérité : il n'y a pas une question sociale ; il y a des questions sociales. Celle qui intéresse le corps médical aura son jour, et ce jour-là, l'affaire des pharmaciens sera claire. Pensez-vous de bonne foi, MM. les pharmaciens, qu'il faut des aptitudes spéciales, des connaissances particulières et une investiture du gouvernement pour vendre ce qui fait le courant et la fortune de votre commerce ? Croyez-vous sincèrement qu'un épicier quelconque ne vendra pas aussi bien que vous, et sans plus grand dommage, les pilules suisses, russes ou américaines, vos thés purgatifs, vos pommades antidartreuses, et tous les robs dépuratifs. Le pharmacien ne devrait avoir dans son officine que les produits qu'ordonnent les praticiens; pour les autres, pour tous ceux dont les vertus merveilleuses s'étalent effrontément dans tous les journaux politiques et pas toujours à la 4e page, libre à eux de les tenir et de les vendre; mais c'est le comble de l'absurde d'en faire l'objet d'un monopole, puisque le public conserve toute liberté pour les acheter. La liberté de la vente des spécialités équivaut à la pleine et entière liberté de la pratique médicale, pour le seul bénéfice du pharmacien. J'avoue que je trouverais moins d'inconvénients à ce que tous les détaillants vendissent, sous cachet du fabricant, toutes les spécialités. Le fabricant y trouverait son compte, car l'épicier ne chercherait pas à écouler la contrefaçon, ce qui est toujours plus honnête, et n'ajouterait pas, par-dessus le marché, une consultation et un produit de son invention particulière. Quel est le pharmacien, au moins dans les petites villes, qui n'a pas, livrable immédiatement et de son cru, *son* sirop pectoral, dépuratif, anticatarrhal, *ses* pilules purgatives, végétales, antisyphilitiques, *sa* pommade antiherpétique, antidartreuse ou antipelliculaire, *son* eau vulnéraire ou merveilleuse ou divine pour les yeux (et quelquefois avec de l'atropine !), *son* baume dentaire, ou acoustique, ou antirhumatismal, *sa* poudre antiasthmatique, ou antigoutteuse, *sa* mixture antihydropique, enfin *son* vin de quinquina fabriqué avec des vins authentiques (?) et des quinquinas absolument extraordinaires (!) avec plus ou moins de cacao, de coca, de fer, de phosphates, de peptones et de bifteks ! ! Tous n'ont pas tous ces produits, certains en ont encore d'autres (?) ; mais la plupart en ont quelques-uns.

Eh bien, là, franchement, je demande, en toute sincérité, si la seule présence de pareils produits dans une officine, jamais ordonnés par les médecins, n'implique pas forcément la pratique courante de l'art médical ? J'en appelle à tous les confrères de France qui exercent dans les petits centres. Dans les grandes villes, on ne sait plus ce qui se passe ; c'est peut-être pire, mais, du moins, le mal reste limité à certaines officines louches, qui sont l'opprobre de la profession.

Avec cela, le plus étonnant, ce n'est pas encore de voir les pharmaciens se lancer, à corps perdu, dans la consultation médicale, c'est de voir combien ils

sont à cheval sur des prérogatives absolument excessives à notre époque.

Voilà deux produits : le vin de quinquina et l'huile de foie de morue. Ce ne sont plus des remèdes, à moins de comprendre aussi la poudre de viande parmi les produits pharmaceutiques. Ce sont des aliments, des objets de consommation absolument courante, entrés aujourd'hui en usage, et avec raison chez tous les peuples civilisés. Il faut voir comment ils surveillent les épiciers qui auraient la prétention de vendre les vins de quinquina ou l'huile de foie de morue. Il ne faut pas toucher à l'arche sainte de la pharmacie ; on dirait que l'existence même de la société dépend de la parfaite conservation de tous leurs privilèges. Croyez-vous qu'il n'y aurait pas grand avantage à ce que le vin de quinquina et l'huile de foie de morue surtout se trouvassent chez tous les détaillants. Le prix baisserait de moitié au moins, et nos misérables enfants scrofuleux ou rachitiques des villes et des campagnes en retireraient immédiatement le bénéfice énorme qu'empochent actuellement, sans se déranger, nos pharmaciens. L'épicier vend ces deux poisons : l'absinthe et le bitter, et ne peut vendre le vin de quinquina ! Explique qui pourra ce non-sens de l'ordre social.

Il n'est pas possible qu'un monopole, qui consiste surtout à vendre des produits dont il ne connaît pas plus la composition que l'application et qui sert à masquer une pratique médicale pour laquelle le pharmacien n'est pas plus fait que le garçon de caisse n'est fait pour être banquier, il n'est pas possible, dis-je, qu'un monopole exercé dans de pareilles conditions puisse durer. Les pharmaciens l'auront bien voulu ! Ils n'avaient qu'à savoir se contenter de la part qui leur était faite et elle était, ma foi, assez belle. L'officine deviendra boutique, le diplôme se changera en patente, à moins que l'Etat ne s'empare du monopole, ce qui pourrait être une excellente solution. On aurait du moins la garantie du produit et du prix. Quand on songe que ce remède *sacré*, la quinine, est livré sans autre garantie que celle d'un prix, toujours le même (2 francs le gramme), vraiment exorbitant aujourd'hui que la valeur des quinines des meilleures marques a baissé de plus de 50 %. Pourtant, de la valeur de ce produit dépend l'existence de nombreux malades ; et pour le pauvre diable, sans ressources, se procurer une suffisante quantité de quinine est souvent pour lui ou les siens une question de vie ou de mort. Quelle responsabilité encourt le milieu social qui tolère pareil abus ! Qu'on vende les spécialités, celles surtout qui seront la honte de l'ère scientifique dans laquelle nous vivons, qu'on les vende le plus cher possible, rien de mieux, on en vendra toujours trop; mais pour un remède de première nécessité comme la quinine, j'estime que l'État, en plus qu'il devrait en surveiller la provenance, devrait en fixer le prix. L'énorme majoration que subissent les préparations de quinine chez les pharmaciens est un crime *de lèse-humanité. Qu'on y réfléchisse* ! Dr X.

(*A suivre.*)

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Eau chloroformée, (DUJARDIN-BEAUMETZ).

Eau chloroformée saturée......	150	grammes.
Eau de fleurs d'oranger.......	50	—
Eau de tilleul...............	100	—

Ou bien.

Eau chloroformée saturée.....	150	—
Eau de menthe............	30	—
Eau simple..............	130	—

2 à 3 cuillerées à bouche par jour dans les gastrites ulcéreuses.

Lavement au chloroforme.

Chloroforme.....................	2	grammes.
Jaune d'œuf.....................	nº 1	
Gomme pulvérisée.............	5	grammes.
Eau distillée...................	125	—

(*Formulaire de MM. Bardet et Egasse*).

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Les Syndicats médicaux et la prochaine assemblée de l'Union des Syndicats.

I

Au moment où les délégués des syndicats médicaux vont se rendre à Paris, pour tenir leur assemblée générale annuelle, il nous a paru bon de jeter un coup d'œil sur le passé, d'analyser les services rendus par le nouveau mode d'association et d'indiquer quelques-uns de ceux qu'il nous paraît appelé à rendre encore au corps médical.

Il y a quelques années, à l'instigation de notre honorable confrère, le Dr Margueritte, du Havre, des médecins se réunissaient pour étudier en commun les besoins de la profession et chercher un remède à une situation qui paraissait partout devoir devenir plus difficile. Il s'agissait de s'unir pour résister aux empiétements de toutes sortes, comme aux exigences sans cesse croissantes des individus ou des collectivités. Tout, autour de nous, se modifiait, se transformait dans les conditions sociales de l'existence. Seul, le médecin suivait les errements d'un passé déjà bien lointain. L'isolement dans lequel il vivait vis-à-vis de ses confrères contribuait, pour une très large part, à perpétuer un état de choses qui empirait chaque jour.

Sans doute, nous avions un grand nombre de sociétés médicales — et particulièrement les sociétés locales, agrégées à l'Association générale des médecins de France — qui avaient rendu des services incontestables, quoique restreints. Mais les conditions mêmes de leur existence étaient telles qu'il leur était interdit de s'occuper des graves questions professionnelles dont les praticiens des petites localités ou des campagnes avaient le plus souci. Enfermées dans un règlement qu'elles ne pouvaient franchir sans être rappelées à l'ordre par un pouvoir toujours jaloux, elles étaient, en quelque sorte, condamnées à l'immobilité perpétuelle.

Aussi, répondant à l'appel qui leur était adressé,

de nombreux confrères, sur toutes les régions de notre territoire, adoptèrent-ils bien vite la nouvelle forme d'association avec d'autant plus d'empressement qu'elle leur paraissait plus apte à remplir les lacunes que les sociétés existantes ne pouvaient combler.

Je n'ai pas besoin de rappeler le rôle joué par le « CONCOURS MÉDICAL » dans cette circonstance, comme dans toutes celles où les intérêts de notre corporation se sont trouvés en jeu ; je n'ai pas besoin, non plus, de faire ressortir la reconnaissance dont nous sommes redevables à notre cher directeur, le Dr Cézilly, qui, s'appropriant et mettant en pratique la devise de l'un des membres de notre société : « TOUT POUR TOUS », s'est tout entier consacré aux œuvres susceptibles d'apporter quelque amélioration dans la situation du corps médical.

Mais il se produisit, à propos des syndicats médicaux, ce qui se produit toujours en fait de nouveauté. Il y eut des enthousiastes qui voulurent, du premier bond aller trop loin, et qui dépassèrent le but. « Les syndicats médicaux, écrivait à la date du 21 novembre 1881, le docteur *Cauchy*, de Bapaume, étaient un besoin urgent ; mais un grand écueil était à éviter dans leur organisation, et je crois que plusieurs syndicats ont eu le tort de vouloir tout réglementer du premier coup. L'organisation d'un syndicat ne doit que consacrer *l'union confraternelle* et la *solidarité professionnelle*... Tout le reste viendra de soi. » C'est l'idée qui nous a toujours guidés dans cette campagne sans trêve que nous menons depuis plusieurs années en faveur des syndicats et que les lecteurs du *Concours* connaissent tous.

Grâce à une propagande de tous les instants, nous possédons maintenant en France, plus de cent syndicats médicaux, au sein desquels, toutes les questions professionnelles ont été étudiées, sinon résolues.

Sans doute, ils comptent encore des adversaires déterminés qu'ils viennent troubler, dans leur douce quiétude, par des allures un peu tapageuses et une activité dont s'accommodent peu les *satisfaits*, qui pensent que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes. Mais il faut bien qu'ils en prennent leur parti : les syndicats ont, à l'heure actuelle, de profondes racines, et leur avenir est assuré. L'agitation qu'ils ont provoquée dans le monde médical n'est pas une agitation factice. Elle traduit la nécessité de réagir contre un état de malaise réel universellement admis et reconnu qui ne saurait se perpétuer sans de graves inconvénients. Il faut que le remède soit trouvé à une situation qui, chaque jour, s'aggrave, et nous avons la conviction profonde que les syndicats ne seront pas étrangers aux solutions qui devront intervenir. Et pour dire toute notre pensée, nous ajouterons que si les syndicats venaient à disparaître tous aujourd'hui, ils renaîtraient demain sous une autre dénomination, pour poursuivre le but qu'ils cherchent actuellement à atteindre.

On ne saurait le méconnaître, l'arrêt de la cour de cassation dans l'affaire de Domfront, a jeté, en son temps, un certain froid, une certaine hésitation dans quelques esprits ; mais nulle part les syndicats médicaux n'ont été inquiétés et tout récemment encore, nous enregistrions la naissance de celui de Belfort, qui n'est pas le seul qui se soit constitué depuis lors. Nous espérons bien pouvoir annoncer très prochainement qu'un certain nombre d'autres, depuis longtemps à l'étude, ou existant virtuellement, sont entrés dans la période d'activité.

Quoi qu'il en soit, partout où les syndicats médicaux ont voulu se mettre en rapport avec les autorités administratives ou judiciaires, leur voix a été écoutée avec bienveillance et le plus souvent leurs conseils, après avoir été réclamés, ont été suivis avec empressement. C'est qu'il y a tant de choses à faire, à modifier, à transformer, dans lesquelles leur compétence peut être mise sérieusement à profit ! Bien plus, si nous examinons un certain nombre de questions de la plus haute importance, même au point de vue social, l'assistance médicale dans les campagnes, l'application de la loi Roussel, etc., etc., par exemple, nous soutenons que seuls les médecins des petits centres ont une compétence parfaite pour indiquer les défauts ou les avantages de tel ou tel mode de fonctionnement. Ce n'est que sur leurs conseils qu'on arrivera à la quasi-perfection.

Mais quelle autorité pourra avoir un médecin isolé ? Que si, au contraire, sa voix se joint à celle de ses confrères de la même région, on l'écoutera bien plus sûrement, au grand avantage de tous. Et comme toutes les questions auront déjà été sérieusement étudiées et discutées dans les réunions des syndicats, on peut affirmer que les syndicats médicaux sont appelés à rendre à la société même des services éminents.

Il semble, d'ailleurs, que la tendance à reconnaître leur utilité se prononce chaque jour davantage. On les a vus à l'œuvre, et ils ont fait preuve de qualités qu'on avait tout d'abord refusé de leur attribuer alors que des esprits peu clairvoyants ou inquiets et moroses les considéraient comme le refuge des *déclassés* de la profession ! L'Association, qui les repoussait presque brutalement par l'organe de M. Martineau, il y a quelques années à peine, a compris depuis lors qu'ils devaient être pour elle des auxiliaires importants dans l'œuvre de moralisation professionnelle qu'elle poursuit. La pétition qui, sur les instances de l'honorable Secrétaire général, M. le Dr Foville, fut signée au mois de mai dernier, pour demander, en faveur des syndicats médicaux, la reconnaissance explicite des avantages de la loi du 21 mars 1884, est une preuve éclatante que, de ce côté, les appréciations sont bien changées.

Du côté de la magistrature, nous n'osons trop nous avancer. Cependant, les considérants du jugement du Havre, dans l'affaire Boulan, nous paraissent indiquer des tendances plus favorables.

Du côté des législateurs, le courant est bien accentué et les trois projets présentés à la Chambre des députés par M. Lyonnais, par M. Dupuis et par M. Colfavru nous permettent de compter que les syndicats médicaux ont pour eux l'avenir. N'avons-nous pas vu un ministre affirmer récemment à Nantes, ses bonnes dispositions à appuyer les projets dont nous venons de parler ?

II

Si les syndicats locaux, *les petits Syndicats*, ont une importance considérable, surtout au point de vue de l'Union confraternelle et de la solidarité professionnelle, il n'est pas douteux qu'isolés ils ne peuvent rendre tous les services qu'on est en droit d'en attendre. L'Union des syndicats est destinée à compléter cette action. C'est ainsi que nous l'avons compris quand nous avons fait campagne pour en provoquer la constitution ; c'est ainsi que l'ont compris les nombreux syndicats qui, dès la première heure, ont répondu à notre appel.

Grâce à cette Union, les médecins de tous les points de la France ont pu affirmer leur solidarité en nous permettant de pousser jusque devant la Cour de Cassation les revendications de nos confrères de Domfront, contre le rebouteur Delaunay.

Si le résultat n'a pas répondu à toutes nos espérances, il a du moins démontré que, grâce à notre Union, nous pouvons entreprendre des choses qu'un confrère isolé n'oserait tenter.

Dans les négociations suivies avec les Compagnies d'assurances contre les accidents, sur la demande d'un certain nombre de syndicats, nous sommes arrivés à cette conclusion que, ces Compagnies ne s'entendant pas entre elles, il était impossible de s'entendre avec elles et, d'une manière générale, de poser les règles absolues d'une conduite invariable à tenir à leur égard. Mais elles ont appris qu'elles devaient peu compter sur nos divisions ou nos rivalités pour nous imposer des conditions ridicules, sinon humiliantes, ainsi que quelques-unes avaient tenté de le faire. Elles nous ont trouvés groupés, disposés à défendre nos légitimes intérêts par une entente commune, et, tout en variant leurs conditions suivant les régions, elles se sont montrées, en général, moins intraitables que par le passé. Dans certaines régions où elles ont été trop rigides, elles ont vu le vide se faire autour d'elles, et seules, elles ont eu à souffrir de leur résistance aux justes exigences du corps médical. Certes, voilà un résultat qui n'est pas à dédaigner et qui, bien qu'incomplet, vient éloquemment plaider en faveur de l'Union des syndicats.

Tout récemment, nous avons eu une occasion d'intervenir dans une circonstance où le corps médical tout entier voyait ses intérêts engagés. Il s'agissait encore de Compagnies d'assurance dont les exigences poussaient un confrère du Havre, le Dr Boutan, à violer le secret professionnel. Le Dr Boutan a obtenu gain de cause. Il avait appelé, on s'en souvient, le syndicat du Havre en garantie et le comité directeur de l'Union avait décidé que l'Union des Syndicats devait venir en aide au confrère poursuivi et au syndicat du Havre mis en cause.

Si maintenant nous examinons la nomenclature des questions proposées à l'examen de l'Union des Syndicats, lors de sa prochaine réunion, par les syndicats adhérents, nous y trouvons la preuve de l'importance considérable que nos honorables confrères attachent déjà à cette jeune institution et de la confiance que son avenir leur inspire :

Etude de l'importante question de la création d'un Ordre des médecins que l'Association générale a déjà tranchée, mais non résolue à la satisfaction de tous ;

Etude de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires ;

Projet de démarches à faire pour assurer la circulation à prix réduit des circulaires médicales en ce qui touche le recouvrement des honoraires ;

Abrogation de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI, qui interdit aux officiers de santé l'exercice dans un département autre que celui pour lequel ils ont été reçus ;

Solution de la question de droit relativement à l'art. 2101 du code civil sur les privilèges des médecins ;

Abolition de la prescription des honoraires, ou au moins extension à cinq ans, du laps de temps nécessaire pour invoquer cette prescription.

Démarches à faire pour obtenir le plus promptement possible la reconnaissance, pour les syndicats médicaux, du droit de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels ;

Démarches à faire près des Compagnies de chemin de fer, pour obtenir une réduction de prix en faveur des médecins se rendant à nos réunions ;

Telles sont, en substance, les différentes questions qui nous sont proposées de différents côtés.

Sans doute, il en est qui sont absolument insolubles pour le moment. D'autres ont déjà reçu des solutions qui ne nous satisfont point, mais devant lesquelles force nous est de nous incliner, sauf à préparer, par des démarches réitérées, des modifications dans le sens le plus favorable à nos intérêts.

L'assemblée des délégués de l'Union aura à décider ce qu'il convient de faire. Pour nous, nous pensons qu'il est surtout utile d'attirer l'attention des délégués sur les moyens à mettre en œuvre pour nous assurer le bénéfice incontesté de la loi sur les syndicats. C'est assurément le point capital sur lequel nous aurons à nous prononcer.

Il nous paraît en outre nécessaire d'adopter un plan de centralisation de tous les documents relatifs aux différentes questions d'ordre professionnel étudiées par tous les syndicats, mais qui, jusqu'à ce jour, ne se trouvent pas suffisamment reliés ensemble et dont tous les avantages ne sont pas assez utilisés.

Si nous menons à bonne fin la solution de ces problèmes, nous avons la certitude que nous aurons rendu un grand service au Corps médical et que, bientôt, les syndicats qui se sont tenus à l'écart de l'Union nous donneront leur complète adhésion.

Ad. Barat-Dulaurier.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs de la mort du Dr Pinel, petit-neveu de Philippe Pinel, membre du *Concours médical*, décédé à Montélimar (Drôme).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DES

Membres du « Concours médical »

et des délégués des syndicats

CONVOCATION

L'Assemblée générale des membres de la Société civile du Concours médical *et la* RÉUNION DES DÉLÉGUÉS DES SYNDICATS *sont fixées au dimanche 7 novembre dans les salons du grand Véfour, au Palais-Royal.*

Réunion des délégués des Syndicats, 2 heures.

Réunion des membres du Concours, *4 heures.*

A 6 heures du soir, aura lieu, comme d'habitude, un repas dont la cotisation est fixée à DIX FRANCS SEULEMENT, *la Société prenant à sa charge le complément des frais.*

Nous recommandons instamment à ceux de nos confrères, qui se proposent d'assister à la RÉUNION *ou au* REPAS, *de nous en donner avis dans le plus bref délai possible, afin que nous puissions, en temps voulu, prendre les mesures nécessaires.*

Nous invitons nos confrères à assister à cette Assemblée et à nous permettre ainsi, en venant unir leurs efforts aux nôtres, de mener à bien l'œuvre de revendication professionnelle que nous poursuivons.

LA DIRECTION.

ORDRE DU JOUR

DE

L'ASSEMBLÉE DES DÉLÉGUÉS DE L'UNION DES SYNDICATS

Séance à deux heures, le 7 novembre.

1o Allocution du *Président*;
2o Constitution du *bureau* pour 1887;
3o *Rapport du Secrétaire de l'Union*;
Etablissement du *budget*;
4o Discussion des *propositions* et *vœux* des Syndicats adhérents de l'Union.

ORDRE DU JOUR

DE

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES DU CONCOURS

Séance à quatre heures.

1o Constitution du *bureau*;
2o Lecture du *Rapport annuel du Conseil de Direction* sur la situation morale et matérielle de la Société;
3o *Compte rendu du budget* des recettes et dépenses de l'année écoulée et propositions pour le nouvel exercice;
4o Discussion des propositions des Membres de la Société.

Dans l'intervalle des deux séances précédentes, M. le Dr *Lande* fera une conférence sur la Caisse des Pensions de retraite.

AVIS ESSENTIEL

La lettre de M. le Dr Margueritte adressée à MM. les *Présidents des Syndicats* et insérée dans le présent numéro, les engage à envoyer des délégués, *s'ils le jugeaient bon*, à un Congrès de l'*Union nationale des Chambres syndicales de France* qui aura lieu le *dix-sept Novembre.*

On voudra bien remarquer que la lettre du Président de l'Union n'a aucun rapport avec notre Assemblée des Délégués des Syndicats médicaux *qui a lieu le* **7 novembre** *et non le dix-sept.*

LA SEMAINE MÉDICALE

Du renouvellement de l'air dans les puits contenant des gaz délétères (1).

M. *Gréhant* a appelé l'attention de la Société de biologie (16 octobre) sur certaines précautions trop négligées relativement à la pénétration dans les puits dont l'air est vicié. Chaque fois que des ouvriers doivent pénétrer dans une atmosphère supposée irrespirable, il est nécessaire d'y faire rester une heure au moins un animal. Si celui-ci est retiré vivant au bout de ce temps, l'homme peut pénétrer impunément.

Lorsqu'on a des raisons de croire que l'atmosphère d'un puits ou de tout autre espace contient des gaz délétères, voici un procédé très simple pour y renouveler l'air. On y introduit un tuyau de poêle assez long et l'on fait brûler du charbon autour de ce tuyau au moyen d'une grille disposée à une certaine distance de son sommet. L'échauffement de la partie supérieure du tuyau produit immédiatement un appel d'air. Au bout d'un certain temps, pour s'assurer que l'air est devenu respirable, on introduit l'animal témoin et on s'assure qu'il a survécu au bout d'une heure. Si toutes ces précautions étaient observées, et il appartient souvent au médecin d'éclairer à ce sujet les puisatiers, on n'aurait pas à déplorer de temps en temps des catastrophes.

Recherche de l'albuminurie par les sels de cuivre.

Outre les réactifs usuellement employés, acide azotique, chaleur, acide picrique, réactif de Tanret, les sels de cuivre peuvent rendre des services pour la recherche des substances albuminoïdes dans l'urine, M. *Quinquaud* le rappelait récemment. Filtrez l'urine, ajoutez quelques gouttes de liqueur bleue de Barreswill et chauffez. Si l'urine contient une quantité même très faible d'albumine, on voit immédiatement apparaître une coloration violette caractéristique. Ce procédé très sensible permet de déceler l'albuminurie dans certaines altérations du rein qui sans cela passeraient inaperçues et dans divers cas d'albuminurie dyscrasique peu intense.

(1) Société de biologie, octobre 1886.

Nouveau signe physique du rétrécissement de l'œsophage.

D'après le Dr *Feletti*, assistant à la clinique médicale de Bologne, lorsqu'il existe une sténose de la partie inférieure de l'œsophage, on peut trouver une sonorité insolite à la partie antérieure du thorax, lorsqu'en faisant ingérer au malade du bicarbonate de soude et de l'acide tartrique, on a obtenu la distension par le gaz de la portion de l'œsophage située au-dessus du rétrécissement. Cette recherche était conseillée déjà par la percussion pratiquée en arrière sur les côtés de la colonne vertébrale.

Adénopathies éloignées dans le cancer de l'estomac.

Ce n'est pas seulement dans le creux sus-claviculaire gauche, comme l'avait signalé M. Troisier, que l'adénopathie peut se montrer dans certains cancers de l'estomac sans participation des viscères intra-thoraciques au processus cancéreux.

FEUILLETON

Cercle médical du Pays-Quir géois

(Suite)

— Nous ne réagissons pas assez contre les croyances erronées du public qui perd de vue nos prescriptions les plus essentielles, — le régime du malade, — pour n'être frappé que des adjuvants, des moyens tout à fait secondaires auxquels la médecine a recours.

— La médecine malgré cela, ajoute Justus, se dépouille peu à peu du caractère superstitieux sous lequel elle s'est travestie. Elle devient de plus en plus simple, hygiénique, bienfaisante aux pauvres malades. L'empirisme, c'est-à-dire l'emploi des médications aventureuses, est en décroissance: l'antiquité nous avait laissé une foule de pratiques saugrenues et brutales qui se démodent rapidement, parce que l'observation en démontre l'inutilité.

— On a donc un peu raison de dire, objecte Sévérin, que l'art de guérir est en décadence; que la médecine s'en va; qu'on n'y croit plus.

— Il est clair que les améliorations réalisées par l'hygiène publique et privée, que l'assainissement des habitations, des soins de propreté plus réguliers, un régime de vie mieux entendu, etc., ont rendu les maladies moins fréquentes et certainement moins meurtrières qu'elles ne l'ont été jadis. Mais ces progrès, s'ils ont simplifié la pharmacie et amené une diminution notable dans le nombre des ministres de l'art de guérir, ces progrès, dis-je, ne sauraient être considérés comme une décadence de cet art: c'est le contraire qui est la vérité.

— Est-ce que vraiment, demande Kœnig, il y a moins de médecins qu'autrefois? On ne s'en douterait pas.

— Autrefois, en Franche-Comté, chaque ville ou bourgade avait des médecins à foison. Chaque village ou communauté était pourvu d'un officier de santé; chaque hameau, d'un mège ou médecin d'urine. Et malgré cela, les charlatans majestueux, qui s'arrêtaient sur nos places publiques les jours de marché, trouvaient encore moyen de faire de belles recettes en vendant à la foule leur remède à tous les maux.

La ville de *Besançon*, à la fin du XVIIIe siècle, pour une population de moins de 20,000 âmes, possédait près de 40 médecins ou chirurgiens, — 38 exacte-

Une observation recueillie par M. *Millard* (1) nous montre une femme atteinte d'un cancer strictement limité au pylore et présentant des ganglions engorgés dans le creux sus-claviculaire *droit*, et dans les deux aisselles, ganglions réunis par des cordons lymphatiques indurés, évidemment cancéreux.

Cette adénopathie axillaire a même produit par gêne circulatoire un œdème lymphatique qui s'est étendu jusqu'à l'un des seins et l'a tuméfié au point qu'à un examen superficiel on aurait été forcé de croire que le cancer avait envahi aussi la glande mammaire. M. Quénu, ayant examiné soigneusement cette malade, a ainsi expliqué l'enchaînement des faits, et l'on peut bien voir dans ce cas un exemple de la propagation d'un cancer à des ganglions éloignés sans participation des viscères intermédiaires à la dégénérescence.

D'ailleurs M. Troisier s'est convaincu depuis sa précédente communication de l'existence d'adénopathies encore plus éloignées ; il a cité une malade du service de M. Raymond qui, ayant un cancer limité à l'utérus, présente une adénopathie sus-claviculaire.

Mal de Bright sans albuminurie.

M. *Dieulafoy* apporte un nouveau cas, avec autopsie, de mal de Bright ayant évolué longtemps sans causer d'albuminurie.

Un homme de 63 ans arrive à l'hôpital pour des céphalées violentes durant depuis plusieurs semaines avec exacerbations, un essoufflement constant et des accès d'oppression, sans signes stéthoscopiques de lésions pulmonaires ni cardiaques. On pense qu'il peut être brightique, bien qu'il n'ait ni albuminurie, ni œdème. Il avait, il est vrai, eu les jambes enflées quelques mois auparavant. Le diagnostic de mal de Bright paraissait possible à M. Dieulafoy à cause des fréquentes envies d'uriner (pollakiurie), de quelques fourmillements dans le dos, et de la répétition très fréquente du phénomène du doigt mort. Le malade racontait que souvent, le matin, quatre doigts de sa main gauche devenaient pâles et insensibles.

Il accusait aussi des crampes horribles dans les jambes. Il n'avait dans ses antécédents ni alcoolisme, ni syphilis. Il urinait 1,800 grammes par jour.

M. Dieulafoy entreprit de faire la recherche du degré de toxicité de cette urine, suivant le procédé de M. Bouchard, c'est-à-dire par injection intra-veineuse au lapin. Le lendemain, le malade présentait une loquacité insolite, puis bientôt un délire violent, entrecoupé d'intervalles de lucidité. La quantité d'urine émise étant ce jour-là de 1,500 grammes, chiffre à peu près physiologique, la recherche de la toxicité fut faite, et avec un transfuseur dont la poire chasse à chaque coup une quantité déterminée de liquide, on injecta cette urine dans la veine de l'oreille d'un lapin de 2 kilogr. 700 grammes. L'injection dura 12 minutes et il fallut, pour tuer l'animal, injecter 265 grammes, dose d'urine double de celle qu'il eût fallu avec l'urine physiologique, qui tue 1 kilogramme de substance vivante à la dose d'environ 50 grammes, d'après les recherches de M. Bouchard. Donc ce malade n'éliminait pas, à beaucoup près, par ses urines la quantité de poison nécessaire à la dépuration normale de l'organisme, et le diagnostic de mal de Bright parut désormais certain à M. Dieulafoy. L'élimination d'urée était de

(1) Société médicale des hôpitaux, 22 novembre.

---

ment (1) ; — tandis qu'à présent elle en compte à peine autant, quoique sa population ait plus que triplé.

La petite ville de *Quingey*, où nous sommes deux à présent suffisant à la tâche, avait cinq membres de la confrérie. Baume en comptait le même nombre.

En 1630, il y en avait davantage encore. *Baume* alors avait six médecins bien connus et y ayant maison : « qui sont les sieurs Delagoutte, docteur médecin, Daguet François, chirurgien, Poupon François, chirurgien, Maigret Jacques, chirurgien, Pathier Jean, chirurgien, etc... », un autre également chirurgien, dont je n'ai pu lire le nom ; six médecins, sauf omission ; et Baume ne comptait pas deux mille habitants !

Mais cette diminution dans le nombre des guérisseurs ne dénote pas que la médecine soit en décadence. La médecine ne s'en va pas : elle se transforme. Les agissements charlatanesques de la profession disparaissent, à mesure que son action vraiment scientifique se fait connaître.

— Les charlatans, dit *Roguin*, se font de plus en plus rares. Il en est venu un jeudi dernier, jour de marché, sur la place de *Montferrand*, presque à ma porte. Ce personnage avait tout à fait grand air, étalant dans des sébilles des pièces d'or qu'il faisait voir et toucher aux curieux qui l'entouraient. Monté sur son char, il savait débiter sa marchandise en même temps que ses sornettes. Je n'ai entendu que la fin de son boniment ; mais je ne puis résister au plaisir de vous en faire part...... « Mes amis, criait « notre charlatan, je reviendrai mardi prochain, sur « cette place de Montferrand, où mon père, il y a 25 « ans, est déjà venu vous apporter son eau végétale « contre les vers, et son baume incomparable qui soulage toutes les douleurs..... Les habitants du pays, « quelques-uns de ceux qui m'entourent doivent en « avoir conservé le souvenir?..... Il y a 25 ans. « Voyons, est-ce que dans cette nombreuse assem« blée, il n'y a personne qui s'en souvienne?.... — Ma « foi, je sais qu'une fois, fait un homme en blouse, « nous avons acheté d'un charlatan qui passait un « baume qui m'a guéri d'une sciatique. — Enfin ! « enfin ! En voilà un qui s'en souvient, merci, mon « Dieu ! l'humanité n'a pas été tout entière pétrie « d'ingratitude !.... Je reviendrai mardi. Je paierai « chaque ver que vous m'apporterez, chaque ver « rendu par vos enfants, grâce à mon eau vermi« fuge, 25 centimes chaque ver, 25 c., entendez-vous, « le prix d'un demi-flacon. De sorte que si vos en« fants en font dix, c'est 2 fr. 50 que je vous solde« rai.... Mon but, encore une fois, n'est pas de m'en« richir à vos dépens, mais de vous apporter la san-

(1) Voir Almanach de Don Grappin. — Année 178 .

beaucoup inférieure aussi au taux normal (9 gram. environ par vingt-quatre heures).

Au bout de quelques jours, peut-être sous l'influence d'un refroidissement, le malade est pris d'une broncho-pneumonie à laquelle il succombe : on lui trouve deux reins petits, durs et kystiques, atteints de néphrite artério-scléreuse. Le cœur était plutôt petit qu'hypertrophié (on n'avait pas entendu de bruit de galop pendant la vie), mais le tissu cardiaque était histologiquement sclérosé. M. Dieulafoy se trouve confirmé par ce fait dans l'opinion qu'il a déjà exprimée antérieurement : il existe certaines formes de mal de Bright pouvant ne déterminer ni albuminurie, ni œdèmes pendant longtemps ; on peut cependant les diagnostiquer par les symptômes dits accessoires et non classiques : doigt mort, troubles de la sensibilité, pollakiurie, etc., et recherche expérimentale du degré de toxicité des urines : quand celles-ci cessent d'avoir leur toxicité normale, c'est que la dépuration urinaire ne se fait plus ; le malade est un brightique.

Atrophie musculaire à type facio-scapulo-huméral, facies myopathique.

M. *Landouzy* présente trois exemples nouveaux de l'*atrophie musculaire progressive à type facio-scapulo-huméral* qu'il a décrite dans son mémoire avec M. Déjérine. Il existe entre tous les malades de ce genre un air de famille, un facies qui est assez caractéristique, quand on le connaît, pour permettre un diagnostic précoce, mais qui ne frappe pas les médecins non prévenus. Ce *facies myopathique* apparaît dès l'enfance et se retrouve sur des photographies anciennes des malades. Il est peu accentué au repos, mais devient très évident quand on cherche à animer la physionomie du malade ; on constate alors que celui-ci peut à peine siffler, souffler, éteindre une bougie, faire la moue ou embrasser par suite de l'atrophie de l'orbiculaire des lèvres ; quand il rit, il a l'air de rire à contre-cœur, il rit en travers par écartement des commissures buccales, et non par élévation de la lèvre supérieure. Le front demeure lisse et uni comme de l'ivoire, bien que le malade cherche à le plisser et à le rider ; les orbiculaires palpébraux ne peuvent se fermer complètement et le malade dort les paupières entr'ouvertes. L'ensemble de la physionomie est triste, étrange, atone, l'air bêta. Les malades, qui ont dès l'enfance ce facies (cette forme d'atrophie musculaire est essentiellement héréditaire), voient l'atrophie musculaire envahir progressivement plus tard les muscles des épaules et des bras ; mais les avant-bras et les mains restent indemnes ; c'est donc bien un type différent du type de l'atrophie musculaire progressive classique. Duchenne (de Boulogne) l'avait décrit sous le nom d'*atrophie musculaire de l'enfance*. Les Allemands, qui l'ont méconnu longtemps, l'admettent maintenant sous le nom de *type juvénile de Erb avec participation de la face*.

Cette forme de myopathie paraît beaucoup moins rare qu'on ne le croyait, puisque M. Landouzy en a trouvé 9 cas depuis cinq ans. La connaissance du facies myopathique lui a permis de dépister la maladie chez des gens qui ne s'en étaient pas aperçus et de prédire cinq ans d'avance l'envahissement des autres muscles. Parmi les malades de M. Landouzy se trouve une fille dont quatre frères sont atteints d'atrophie musculaire et dont les ascendants jusqu'à la troisième génération étaient des myopathiques atrophiques. C'est donc, par excellence, une maladie

---

té. Ai-je la mine d'un fripon ?... Regardez ces « housards, ces braves housards, avec quel air de « satisfaction ils soufflent dans leurs cuivres... Demandez-leur qui je suis et ce que je suis... »

— Cela nous fait rire, ajoute Kœnig. C'est pourtant là un des types de la médecine permise et même considérée chez les Grecs et chez les Romains. Les *circulatores* n'aimaient pas à exercer longtemps leur métier dans la même place ; ils aimaient au contraire à transporter le théâtre de leurs exploits d'un lieu à un autre, sachant combien la clientèle est changeante, combien elle est attirée par tout ce qui est nouveau.

— Avec tout cela, murmure *Sévérin*, nous nous écartons un peu du sujet que nous discutions. Je demande ce que Justus entend par les transformations que subirait insensiblement l'art de guérir.

« Omnia mutantur », reprend *Justus Miron* ; tout se transforme. La science de l'hygiéniste finira par faire disparaître une foule de maladies qui sont le résultat d'influences telluriques ou sidérales, comme le choléra, le typhus, etc., etc., parce que la science nous aura appris à connaître, puis à neutraliser ces influences. Nous sommes du moins fondés à l'espérer. Puisqu'on a pu enrayer déjà la variole par la vaccination et supprimer certaines endémies, par la culture et le dessèchement du sol, il ne répugne pas d'admettre qu'on arrivera de même, par de la prophylaxie, à rendre l'économie invulnérable aux miasmes, aux effluves, aux microbes des contagions.

Mais il y aura éternellement des sujets mal venus, des êtres vicieusement conformés, au moral comme au physique, et dont l'économie sera sujette à se détraquer. On verra longtemps dans le monde des débauchés et des viveurs que la nature a privés de l'instinct conservateur sans les doter d'un jugement qui les retienne et les modère dans leur soif de jouir. On verra longtemps des esprits mal équilibrés qui, n'ayant pas la santé morale, ne sauraient posséder longtemps la santé physique. Voilà pourquoi il y aura des ministres de l'art de guérir à perpétuité.

Toutefois, si la médecine n'avait à s'occuper que des malades, son importance irait sans cesse en décroissant ; elle s'en irait. Mais son domaine, mes amis, s'étend beaucoup plus haut et beaucoup plus loin ; il comprend tout ce qui a rapport à la santé.

Nous dirons donc, dans une prochaine causerie, ce que nous pensons du rôle de la médecine dans les sociétés modernes.

Dr Perron.

familiale. M. Landouzy rappelle que, dans la seule autopsie faite, on a constaté l'intégrité absolue du système nerveux depuis les terminaisons ultimes jusqu'aux cellules de la moelle ; c'est bien une myopathie. Les muscles de la vie de relation sont seuls envahis. Jamais le diaphragme ni les muscles de l'œil ne sont atteints.

Pathogénie de la congestion rénale primitive

M. A. *Robin* communique deux observations qui lui paraissent jeter quelque clarté sur la pathogénie de la *congestion rénale primitive*. A la théorie de M. Renaut (de Lyon), qui croit cette affection d'origine microbienne, il oppose la sienne, qui invoque l'action du froid. Or, il a observé chez un enfant de 5 ans, mouillé la veille par la pluie, l'apparition de la toux, de la fièvre, d'une urine foncée, contenant des globules sanguins et une forte proportion d'albumine. En quelques jours, tous les accidents disparurent ; les matériaux solides qui étaient excrétés en petite quantité au début de la maladie augmentèrent progressivement pour revenir au taux normal à mesure que l'albumine disparaissait. M. Robin croit que le premier acte de ce drame pathologique est une fluxion rénale d'origine réflexe et causée par le froid ; puis l'insuffisance rénale passagère fait apparaître des accidents généraux que, grâce à la réaction de l'organisme, la décharge urinaire fait rapidement disparaître dans la *forme simple* de la congestion rénale primitive. Mais, si la rétention des produits de la désassimilation organique se prolonge, si l'économie réagit trop faiblement, ou que le rein soit, par suite de lésions antérieures, incapable d'éliminer assez vite les poisons qui encombrent le sang, la *forme typhoïde* de la congestion rénale se trouve réalisée. Comme exemple de celle-ci, M. Robin cite le cas d'un vieillard de 74 ans, dont il avait à plusieurs reprises, à l'occasion de divers malaises, examiné les urines sans y trouver d'albumine, et qui, à la suite d'un refroidissement, est pris de douleurs de reins, de symptômes typhoïdes : langue sèche et noirâtre, stupeur, teinte bistrée de la peau, albuminurie et globules sanguins dans l'urine. Le chiffre des matériaux solides de l'urine va en diminuant jusqu'à la mort. On trouve à l'autopsie des reins présentant à la fois les lésions d'une néphrite diffuse chronique qui était demeurée latente, sans albuminurie, pendant longtemps, et d'une congestion récente (dilatation considérable des vaisseaux, épanchements sanguins dans le parenchyme). Cette congestion était venue supprimer les quelques départements sécrétoires du rein qu'avait respectés jusque-là la néphrite et avait amené, par suppression complète et définitive de la fonction urinaire, l'état typhoïde final.

M. *Hayem* ayant demandé quelle différence essentielle sépare la congestion rénale primitive de la néphrite aiguë catarrhale telle qu'on l'a décrite jusqu'ici, M. *Robin* répond que la congestion rénale a comme caractères cliniques propres l'évolution rapide en 6 ou 8 jours, la présence du sang dans l'urine en même temps que l'albuminurie et l'absence d'œdème ; la néphrite catarrhale la plus légère, au contraire, dure deux à quatre semaines, se trahit par l'œdème et l'albuminurie, sans qu'on trouve de globules sanguins dans l'urine.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 26 octobre).

L'Académie a décidé de ne pas procéder à l'élection d'un membre associé libre sans avoir entendu en comité secret les observations de M. Le Roy de Méricourt relatives à la réorganisation de la section des associés libres.

M. *Riche* a repris la discussion sur l'alcoolisation des vins. Il est hostile aux conclusions de la commission et croit qu'on ne doit pas déclarer le vinage nuisible. Nous citerons les points les plus saillants de son discours :

L'Académie de médecine a déclaré, en 1870, que le vinage, que l'alcoolisation, si l'on préfère ce mot, n'expose à aucun danger la santé publique.

Au contraire, la commission dite de l'alcoolisme vous demande, en 1886, de déclarer que cette alcoolisation est *nuisible*.

Devant une conclusion aussi diamétralement opposée à celle qui a été votée par l'Académie, on s'attend à trouver dans le rapport les raisons d'un pareil changement. Non seulement on ne les y rencontre pas, mais, au contraire, le rapporteur énumère avec une certaine complaisance celles qui militent en faveur du vinage, de telle sorte qu'on s'attend à le voir sanctionner cette pratique, tandis qu'il la repousse de toutes ses forces.

A mon avis, ce rapport est excellent, comme on devait s'y attendre de son auteur, M. Rochard, mais il faudrait en renverser la première conclusion.

Si le rapport ne donne pas les raisons de cette volte-face, nous avons le devoir de les rechercher en étudiant les faits qui se sont passés entre 1870 et 1886.

Voici, malheureusement pour notre pays, le plus saillant :

En 1870, la France exportait beaucoup de vins de consommation courante. En 1886, non seulement elle n'en exporte plus, mais ses importations se chiffrent par 10 à 12 millions d'hectolitres provenant d'Espagne, d'Italie, de Portugal et de Hongrie.

Chacun en connaît la raison. Nos vignes sont cruellement frappées par le phylloxera depuis 1875, par le mildew plus récemment. Les ravages de ce nouvel ennemi s'accroissent d'année en année ; on cite des contrées où l'alcool aura baissé de 3 à 4° dans la dernière récolte.

Ainsi, le vin nous manque, celui qu'on obtient est plus pauvre en alcool qu'il ne l'était en 1870, par suite de ces deux fléaux, de la submersion naturelle ou artificielle des vignes qui est encore le meilleur remède contre le phylloxera et de l'hésitation sur le choix des cépages et des greffes.

Nous ne savons pas si nous sauverons ce qui reste de nos vignobles, si nous arriverons à recons-

tituer ceux que nous avons perdus, et c'est dans cette situation critique que la Commission nous propose de rayer d'un trait de plume le vinage, qu'elle même reconnaît être utile pour la conservation des vins faibles en degré, trop acides et chargés de principes altérables.......................

Je n'ai garde de dire que du vin alcoolisé, puis additionné d'eau, soit aussi bon que le vin pur. Il a perdu en partie son bon goût, qui souvent était assez mauvais; il est moins acide, ce qui n'est pas toujours un mal; il est très altérable, ce qui n'a pas une grande importance, car il est destiné à une rapide consommation, mais il est devenu plat, moins savoureux, moins excitant, moins nutritif.

Vous réprouverez cette pratique assurément, mais direz-vous que ce vin est nuisible? Non, car vous seriez plus sévère que le laboratoire municipal qui le classe sous la formule suivante : *mauvais, mais non nuisible*.

Que votre conscience se rassure pour une autre raison. S'ils le voulaient, les pouvoirs publics arrêteraient facilement l'épidémie de mouillage, et pour vous en faire juge, je vais entrer quelques instants dans le domaine fiscal.

Un vin paie les mêmes droits, quel que soit son degré alcoolique, lorsque ce degré n'atteint pas 14°9. Vous comprenez combien est tentant l'appât qui est ainsi présenté au producteur ou au possesseur d'un vin, quelle vertu il lui faudrait pour ne pas succomber, car la concurrence de ses confrères rendrait sa ruine imminente. La nature lui a donné du vin qui pèse de 7 à 12° ; par des coupages intelligents où il a marié les vins trop acides des contrées froides avec les vins riches en extraits mais sucrés et trop altérables des régions chaudes, il l'amène à 10°, puis il le vine à 15° ; enfin, une fois qu'il est arrivé dans la ville où il sera vendu, de l'eau le ramène à 9 ou 10°.

Supposons que la Régie, au lieu d'admettre au même droit tous ces vins, reçoive l'ordre de les taxer d'un droit variable proportionnel à leur richesse alcoolique, que, par exemple, un vin à 16° supporte un droit double de celui du vin à 8°, le mouillage deviendrait si peu lucratif qu'il n'aurait plus que de misérables chances de vie.

Mais alors, pensez-vous probablement, pourquoi n'agit-on pas ainsi?

Je l'ignore ; il y a des personnes qui disent : les marchands de vin sont à la fois légion et électeurs.

Cet avantage est d'autant plus regrettable que le profit échappe au vigneron français, et je vous surprendrai peut-être en vous annonçant qu'on ne vine plus guère, en France, que pour l'exportation.

La raison en est simple : l'alcool paie à l'intérieur 156 fr. 25, droit supérieur à celui qui existe dans les pays voisins.

L'exemple suivant le prouve :

Le vinage à 5° d'un hectolitre coûte, en France, 7 fr. 33, tandis qu'il ne vaut que 3 fr. en Espagne ; avec l'impôt intérieur au degré, cette inégalité cesserait.

On vous a dit que le vin alcoolisé, puis mouillé, était remonté en couleur par des produits dangereux. Vous pouvez vous rassurer sur ce produit. A Paris, l'emploi de ces colorants, fréquent il y a dix ans, est devenu très rare ; ainsi, dans ma pratique, sur 200 affaires de vin, je n'ai constaté qu'une fois la présence d'un colorant retiré de la houille.

De temps à autre on voit dans les journaux que des poursuites sont exercées pour ce délit dans les grands centres de France, et si les tribunaux ne se départissent pas de la sévérité qu'ils montrent, ces fraudes condamnables qui s'appliquent souvent aux vins blancs, aux vins de raisin sec, aux vins peu colorés, de même qu'aux vins mouillés, ne seront plus, comme à Paris, qu'une exception négligeable.

Je me résume en vous disant : La situation est plus satisfaisante qu'en 1870 ; le vinage, qui était à cette époque autorisé jusqu'à 18°, ne l'est plus maintenant qu'à 15°.

Le vinage, qui s'exécutait avec des alcools de vin ou d'industrie impurs, s'opère maintenant avec de l'alcool ne contenant que des traces d'alcool supérieur, et l'on peut exiger que cet alcool soit absolument pur.

Dès lors, l'Académie ne peut porter un jugement plus sévère qu'en 1870.

Ce n'est pas dans la consommation du vin que gît le danger.

L'odorat et le goût français sont en éveil dès qu'il s'agit du vin, tandis qu'ils ne le sont pas pour l'eau-de-vie, les liqueurs, les apéritifs surtout.

Dans une expertise, j'ai trouvé de l'absinthe qui avait été fabriquée avec de l'alcool dénaturé par un produit infect, le méthylène, et j'ai préparé, comme témoin de cette fraude coupable, de l'absinthe avec l'alcool grossièrement décoloré pour la fabrication des vernis, absinthe que des amateurs n'ont pas jugée mauvaise.

Pour boire l'équivalent d'alcool contenu dans un petit verre, il faut un grand volume de vin, et comme le disait M. Bouley, dont la parole sympathique vibre encore dans nos cœurs : « Quoique l'estomac humain ait de bien grandes profondeurs, il y a cependant des limites à sa capacité ».

J'ajoute que le vin se boit généralement en mangeant et l'on sait que l'action de l'alcool est beaucoup moins à redouter au moment de la digestion.

Au lieu de nous opposer à la diffusion du vin, efforçons-nous de l'accroître, parce qu'elle est en raison inverse de celle de l'absinthe et de l'eau-de-vie et que le vin est consommé le plus ordinairement dans la maison, tandis que l'apéritif et la liqueur le sont presque exclusivement au cabaret et au café, et jamais on ne sera trop sévère pour modérer l'usage de ces derniers.

S'il m'était permis de vous proposer une rédaction de l'article 1er, je dirais :

L'alcoolisation, désignée communément sous le nom de vinage, est une opération utile pour la conservation de certains vins faibles en degré, très acides ou très altérables. Elle sert aussi fort malheureusement et très fréquemment à favoriser le mouillage, et l'Académie appelle les rigueurs de la loi sur cette pratique coupable. Une modification de

l'assiette de l'impôt des boissons serait fort désirable à ce point de vue.

M. *Ehrmann* (de Mulhouse) lit un travail relatif à **l'emploi de la cocaïne dans la staphylo-raphie.**

M. *Poncet* (de Lyon) cite un cas de **ligature de l'iliaque interne pour une tumeur pulsatile de la fesse.**

QUINZAINE CHIRURGICALE

Rôle des drains de caoutchouc dans la suture des nerfs (1).

Les expériences de Gluck, de Fargin et d'Assaky ont montré que le catgut subissait dans la réparation des tendons et des nerfs des transformations ou plutôt une désorganisation et une résorption fibrillaires parallèles au travail de réparation du tissu ambiant. Le Professeur Vanlair vient de montrer que des portions de caoutchouc parfaitement aseptiques peuvent jouer le même rôle. Après avoir pratiqué sur un nerf la suture tubulaire à l'aide d'un drain de caoutchouc, il a, au bout de sept mois, mis à nu les parties et constaté les faits suivants: le tissu du caoutchouc était remplacé, à sa surface et dans une partie de son épaisseur, par un parenchyme de fibrilles connectives; elles étaient même recouvertes d'une couche de cellules plates et entremêlées de capillaires nombreux. Il y avait *donc* eu désorganisation du tissu élastique inerte du drain et remplacement de ce tissu par du tissu conjonctif. A première vue on eût pu croire à l'organisation réelle du drain de caoutchouc; mais, en somme, de même que le catgut, il n'a eu là que le rôle de conducteur. Quel est l'agent de destruction du caoutchouc dans ces faits? On ne peut le dire encore, ni affirmer, comme le pense M. Vanlair, que ce rôle soit dévolu aux globules blancs du sang; mais il y a là source d'intéressantes recherches.

Résection tibio-tarsienne (2).

M. le Dr Chauvel vient de présenter un nouvel exemple qui montre l'utilité de la conservation de la malléole externe, quand elle est possible, dans les résections du cou-de-pied. Un militaire, tombant de cheval, se fait une fracture compliquée de la malléole interne avec issue des fragments et de plus une fracture du péroné. Irréductibilité et développement rapide d'accidents inflammatoires. M. Chauvel pratique alors une incision le long du bord interne du tibia, découvre l'extrémité inférieure de cet os et en résèque 4 centimètres ; puis, pour placer le pied dans une bonne position, il découvre le péroné et en enlève la même longueur tout en conservant la malléole intacte. Aucune complication ne vint entraver la guérison de cette grave intervention, et 20 mois après, l'officier blessé pouvait reprendre son

(1) Revue de Chirurgie. Août 1886.
(2) Académie de médecine, 14 septembre 1886.

service et marcher sans fatigue. Il ne faut donc pas oublier le rôle très important que joue la malléole externe dans la statique de l'articulation du cou-de-pied, et s'attacher à la conserver autant que possible dans les résections pratiquées dans cette région.

De la greffe osseuse (1).

Se basant sur les expériences connues d'Ollier, le professeur Poncet (de Lyon) vient d'essayer avec succès la greffe osseuse sur l'homme. Dans certains cas, en effet, l'élimination des vastes séquestres de l'ostéomyélite infectieuse laisse une cavité périostale incomplète où la réparation osseuse se fait d'une façon tardive et incomplète ; parfois il n'y a qu'une néoformation fibreuse entravant complètement le retour des fonctions du membre. M. Poncet a pu obtenir chez un enfant de 11 ans, à l'aide des greffes osseuses, la reconstitution complète d'un os solide, volumineux, le tibia droit. Au mois de mars dernier il avait enlevé cet os frappé d'ostéomyélite phlegmoneuse en respectant le plateau articulaire supérieur ; la portion de squelette nécrosée et enlevée mesurait environ 30 centimètres. Un mois après, la cavité périostale bourgeonnait activement, surtout à ses deux extrémités ; M. Poncet appliqua sur les bourgeons charnus plusieurs greffes minces prises sur les os d'un enfant nouveau-né mort d'asphyxie, il y plaça aussi deux moitiés de tibia et de péroné dans toute leur longueur. Douze jours après, sur les huit greffes, cinq sont adhérentes; alors l'opérateur appliqua neuf autres greffes formées de tissu spongieux pris sur un chevreau récemment sacrifié ; onze jours après, quatre de ces greffes avaient pris et les greffes humaines faites les premières étaient entourées d'une abondante prolifération de bourgeons charnus.

Aujourd'hui, six mois après l'opération, le nouveau tibia a 30 centimètres de longueur, 4 d'épaisseur au milieu et 5 aux extrémités. M. Poncet conclut de ce fait remarquable que :

La greffe osseuse peut être utilement employée dans les pertes de substances étendues, traumatiques et surtout spontanées du squelette. Les fragments osseux ne devront pas dépasser 8 à 10 mm. de longueur sur 3 à 4 millim. d'épaisseur ; on les prendra autant que possible sur le squelette d'enfants nouveau-nés et morts à la naissance ; à leur défaut, sur le squelette de jeunes mammifères, en ayant soin de les tailler dans les régions juxta-épiphysaires et en conservant le périoste qui recouvre la greffe.

Dr Barette.

MÉDECINE PRATIQUE

Le gros foie des maladies chroniques et l'albuminurie hépatique (*fin*).

II

Ainsi, injectant dans une veine périphérique une solution de caséine, M. Bouchard constate que la caséine s'élimine par les urines sans y être accompagnée par l'albumine.

(1) Académie des sciences, 11 octobre 1886.

M. Bouchard injecte la même solution de caséine dans une branche d'origine de la veine porte ; les urines ne renferment pas de caséine, mais elles contiennent de l'albumine. Il conclut de cette expérience que le foie est capable de faire subir à certaines substances protéiques une modification qui les oblige à s'échapper par les reins à l'état d'albumine ; qu'on peut ainsi provoquer une albuminurie hépatique expérimentale.

Mais c'est à la statistique clinique, méthode d'investigation si avantageusement appliquée déjà par lui à l'étude des maladies par ralentissement de la nutrition, que M. Bouchard a demandé les meilleures preuves de l'existence d'une albuminurie hépatique. Il devait écarter de sa statistique toutes les maladies dans lesquelles la lésion du foie coexiste avec l'hyperthermie ou des lésions du rein ; car, la fièvre et la néphrite pouvant par elles-mêmes causer l'albuminurie, il eût été impossible de savoir si le foie avait été pour quelque chose dans celle-ci. M. Bouchard s'est donc arrêté au choix de trois états pathologiques chroniques et apyrétiques, d'une évolution lente et dans une certaine mesure compatible avec la santé, et au cours desquels la tuméfaction du foie est une complication contingente. Tous les malades atteints de dilatation de l'estomac, de diabète, d'obésité, de goutte ont été examinés par lui depuis le commencement de l'année 1884 au double point de vue du volume du foie et de l'existence de l'albuminurie.

L'histoire du *gros foie*, qui vient d'être esquissée tout-à-l'heure, a permis à M. Bouchard d'établir qu'une albuminurie, par trouble de la fonction du foie et sans lésion du rein, existe aussi en clinique.

Chez les diabétiques dont le foie est normal, la proportion de l'albuminurie est de 16 pour 100. Chez les diabétiques avec gros foie, la proportion de l'albuminurie est de 64 pour 100.

Chez les obèses, avec foie normal, la proportion de l'albuminurie est de 11 pour 100. Chez les obèses, avec gros foie, la proportion monte à 68 pour 100.

Chez les goutteux avec foie normal, la proportion de l'albuminurie est de 43 pour 100. Chez les goutteux avec gros foie, cette proportion monte à 100 pour 100.

Dans 95 cas d'albuminurie chronique, non toxique, non cachectique, non cardiaque, M. Bouchard a constaté 45 fois l'existence du gros foie. Chez les 50 autres malades, l'albuminurie dépendait d'une néphrite. Il n'affirme pas que les 45 albuminuriques, avec gros foie, fussent tous exempts de lésions rénales ; mais il a constaté chez bon nombre d'entre eux l'absence de tout cylindre dans les dépôts urinaires.

Une cause d'erreur a pu se glisser dans l'estimation des relations de l'albuminurie avec le gros foie ; elle tient à ce que certains malades étaient en même temps affectés de dilatation de l'estomac. On peut dès lors se demander si leur albuminurie n'était pas dyspeptique plutôt que hépatique ; on peut également se demander si la tuméfaction du foie n'était pas la congestion de la dilatation gastrique plutôt que le gros foie. M. Bouchard a donc, par prudence, exclu de sa statistique tous les malades atteints de dilatation de l'estomac.

Il est arrivé néanmoins à des résultats statistiques saisissants.

Sur 100 malades atteints de gros foie, sans ectasie gastrique, on observe 46 fois une albuminurie chronique qui n'est ni toxique, ni cachectique, ni cardiaque, ni dyspeptique, et qui, pour le plus grand nombre des cas, n'est certainement pas rénale.

Sur 100 malades affectés d'une albuminurie chronique qui n'est ni toxique, ni cachectique, ni cardiaque, ni dyspeptique, et qui, le plus souvent, n'est pas rénale, on observe 25 fois une tuméfaction du foie qui n'est pas la congestion de la dilatation gastrique et qui présente les caractères de ce que M. Bouchard appelle le gros foie.

De tout ce qui précède, il résulte avec une entière évidence qu'*il y a une relation entre le gros foie et une variété de l'albuminurie chronique.*

Est-ce l'albuminurie qui provoque la tuméfaction du foie ? Est-ce le gros foie qui engendre l'albuminurie ? M. Bouchard adopte cette dernière opinion, parce qu'il sait qu'une autre maladie du foie, la congestion de la dilatation gastrique, a une influence notable sur le développement de l'albuminurie et parce qu'il connaît une albuminurie hépatique expérimentale.

III

En général, on ne découvre l'albuminurie hépatique que par hasard, ou parce qu'on la cherche systématiquement.

C'est ici le lieu de rappeler qu'aujourd'hui la nécessité s'impose au médecin d'analyser systématiquement les urines de tous ses malades, s'il ne veut pas s'exposer à méconnaître la cause réelle de beaucoup de leurs maux.

L'albuminurie de cause hépatique est le plus souvent légère ; l'albumine, quoique rétractile, est quelquefois si peu abondante que par suite de son état de dilution elle ne donne pas lieu au coagulum rétractile que l'action de la chaleur succédant à l'action des réactifs coagulants fait apparaître dans les urines rétractiles. A ce degré d'ébauche, l'albuminurie hépatique ne s'accompagne ni d'œdème, ni de troubles de la vue, ni de dyspnée, ni de troubles cardiaques. Mais elle peut exister à un degré intense, 0 gr. 50 à 3 grammes par jour. Même dans cette albuminurie intense, l'œdème est rare pourtant; mais la dyspnée est intense, avec sibilances et râles bullaires. Les palpitations sont communes et fréquemment on perçoit un dédoublement du premier bruit à la pointe du cœur. Il peut y avoir des épistaxis comme dans la néphrite interstitielle ; M. Bouchard a vu même une fois des hémorrhagies rétiniennes.

Mais, malgré cette abondante excrétion d'albumine et ce cortège de symptômes pouvant simuler une néphrite, *jamais on ne trouve de cylindres dans les sédiments urinaires, et toujours le foie est gros*; il est parfois énorme, son bord inférieur pouvant descendre jusqu'à dix travers de doigt au-dessous du rebord costal. Outre ces deux signes différentiels entre l'albuminurie hépatique et celle des néphrites il en est un qui juge la question en cas de doute, c'est le succès de la thérapeutique spéciale dont nous allons parler.

Lorsque l'albuminurie existe en même temps que le gros foie, elle subit des variations parallèles à celles de l'affection hépatique, et, quand l'état du foie s'améliore, l'albuminurie disparaît avant que le foie soit totalement revenu à son état normal. Les récidives sont fréquentes, et toujours on peut constater que le foie s'est de nouveau tuméfié quand l'albumine reparaît.

Si on essaie de guérir ou d'améliorer l'albuminurie hépatique par les moyens qui réussissent en général dans les néphrites, tannin, iodure, alcalins,

révulsifs, bains de vapeur, on n'obtient aucun succès. Le régime lacté, il est vrai, la guérit, et il guérit aussi certaines albuminuries d'origine rénale.

Mais, pour que le lait guérisse l'albuminurie de cause hépatique, il est indispensable qu'il soit pris suivant certaines règles, c'est-à-dire *en quantité très modérée*, à doses fractionnées et à intervalles égaux. Si le lait est pris sans ménagement, à la dose de plus de deux litres, l'albuminurie hépatique augmente et les symptômes généraux s'aggravent.

M. Bouchard se demande même si c'est bien le lait qui agit en pareil cas ; car il semble qu'on puisse obtenir un résultat presque aussi avantageux de *tout régime insuffisant* (viandes blanches, fruits cuits, peu de féculents et de graisses, peu de boissons, larges intervalles entre les repas), — régime qui n'oblige pas le foie à fonctionner sans cesse et à emmagasiner plus de matériaux que l'organisme n'en consomme, qui laisse reposer le foie et même lui permet de se décharger de l'excès de matière qui l'encombrait.

Cependant, le lait et les œufs semblent convenir mieux que tout autre alimentation ; ce régime comporte, sous un faible volume, des matières azotées faciles à transformer, des matières grasses déjà émulsionnées, du sucre au minimum ; et pourtant c'est un aliment complet.

M. Bouchard prescrit donc comme régime exclusif, quand il a constaté chez un malade une albuminurie sans cylindres rénaux et un gros foie, 1250 grammes de lait en 5 doses et des œufs au nombre de 5 à 10; le tout est réparti en cinq repas, qui sont pris de 4 en 4 heures.

Il ajoute souvent à ce régime un médicament, le calomel. Une pilule de 0,02 centig. est prise chaque matin pendant 20 ou 40 jours. L'emploi du calomel ayant donné des résultats avantageux dans d'autres affections hépatiques, les cirrhoses, M. Bouchard a cru pouvoir l'appliquer au gros foie ; mais il ne peut affirmer son efficacité, puisqu'il prescrit toujours en même temps le régime alimentaire ci-dessus décrit, et puisque ce régime suffit, même sans médicament, à réduire le foie et à supprimer l'albuminurie.

P. Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins et Pharmaciens.

(*Suite*).

Les pharmaciens sont bien sûrs que nous ne faisons jamais de pharmacie ; nous, médecins, sommes au contraire certains qu'ils font, chaque jour, à chaque instant et presque tous de la médecine. Dans certaines officines, les consultations médicales sont l'objet d'un commerce vraiment scandaleux, quand il ne devient pas quelquefois criminel. Flaubert nous a fait entrevoir le type ; quel Balzac, quel Zola nous révélera les mystères de l'officine et de son arrière-boutique !

En terminant cette trop longue exposition, qui n'est ni un pamphlet ni la diatribe d'un esprit chagrin ou aigri, mais la simple narration de l'histoire de tous les jours, je dirai aux pharmaciens ceci : Bénéficiaires d'un monopole, d'un privilège presque exorbitant, vous l'avez compromis le jour où vous vous êtes lancés dans la fabrication et la vente à outrance de la spécialité. La pente est fatale. La vente de la spécialité pharmaceutique vous a entraînés à faire grossièrement et indûment une médecine souvent dangereuse. Faisant ainsi, vous avez détruit le pacte fondamental sur lequel s'appuyait la seule raison d'être de votre existence. Vous trouvez très bon que le public, avec votre aide, se soigne lui-même, puisque vous continuez à bénéficier et à être le seul pourvoyeur de ses fantaisies souvent imprudentes, quand elles ne sont rien de plus. Veuillez trouver bon que je soigne, en me passant de votre ministère, les quelques malades intelligents qui auront encore quelque souci de leur santé. Les gens ont les médecins qu'ils méritent. Vous vous plaignez amèrement d'être nos subordonnés, alors que cette subordination restait votre sauvegarde ; moi, médecin, je vous libère et je demande à être votre égal dans l'exercice des droits que vous aviez naturellement, et de ceux que vous vous êtes octroyés à contre-sens. Partant quittes. Vous aurez le plaisir d'ordonner les médicaments que votre diplôme vous autorisait seulement de préparer sur la prescription des praticiens. Croyez-vous que le médecin ne sera pas plus à l'aise pour délivrer lui-même les médicaments de son choix, qu'à vous d'avoir d'abord à les conseiller aux malades? Le peu de médecine que vous pouvez savoir, c'est nous qui vous l'avons appris. Nos prescriptions de chaque jour vous enseignent, comme on dit, le B A BA du métier. Avec quelques spécialités bien choisies et honnêtes, avec les alcaloïdes de bonnes marques, croyez-vous que nous ne nous tirerons pas d'affaire, à notre honneur? Pour le surplus, pour les brouttilles du traitement, le moindre épicier y pourvoira.

Il y a assez longtemps que cette bête de somme, qui s'appelle *le médecin* de campagne ou de petite ville, grève de faim et contribue à engraisser cette race de repus bien au sec ou au frais dans son officine, que Drumont aurait pu essayer de nous dépeindre comme appendice à son œuvre tapageuse. Il n'est pas inexact de dire que la corporation des pharmaciens forme une *Juiverie*. Il est temps d'étaler au soleil les profondeurs sombres de leur Ghetto. Les pharmaciens constatent avec mélancolie que nos assemblées politiques comptent beaucoup de médecins et pas de pharmaciens ou à peu près. Qu'ils se disent que les populations peuvent souvent s'égarer sur des programmes, mais se trompent rarement sur les hommes qui vivent et travaillent au milieu d'elles. Elles savent parfaitement que là où le pharmacien exploite, le médecin se dévoue et meurt à la tâche. On se crée rarement des titres à la reconnaissance publique en faisant trop facilement fortune.

En finissant cet article, je vais donner la statistique économique et sociale du corps pharmaco-médical de mon arrondissement. Les conclusions sont faciles à déduire. L'arrondissement compte une trentaine de docteurs et seulement deux ou trois officiers de santé. Il y a 13 ou 14 pharmaciens, tous de seconde classe, sauf un. Il est à remarquer que les pays les plus pauvres sont amplement pourvus de docteurs en médecine et comptent, en proportion, un chiffre très minime d'officiers de santé. La seule raison d'être des grades inférieurs, en médecine, serait dans l'obligation pour les officiers de santé de résider dans les postes qui ne comportent point un docteur. C'est presque toujours le contraire qui arrive. L'officier de santé arrive presque toujours en supplément, en concurrence avec le

docteur, achevant ainsi de gâter, comme on dit, le métier. Revenons à nos pharmaciens. A deux ou trois exceptions près, tous les pharmaciens font d'excellentes affaires ; ils se retirent, quand l'âge de prendre la retraite est arrivé, élèvent facilement leur famille, marient avantageusement leurs filles, etc. Pour les exceptions, c'est la faute des titulaires : négligence le plus souvent ; quelquefois c'est la politique qui les absorbe trop. En général, cependant, le pharmacien a bien garde de se compromettre pour la politique. On connaît surtout de lui, le plus souvent, les couleurs variées de ses bocaux. Ni apôtres, ni martyrs. C'est comme dans le bâtiment, quand la pharmacie va, tout va, et la pharmacie va toujours !

Pour les pauvres praticiens, c'est une autre paire de manches. Alors que les pharmaciens n'ont presque rien eu à dépenser pour l'obtention de leur diplôme, les docteurs ont employé un capital qui leur permettrait presque de vivre, sans rien faire. Le plus souvent, ils héritent encore d'un pécule de quelque importance ; ils n'ont qu'à chercher, ils épousent une femme qui apporte une certaine dot. Malgré tous ces avantages, malgré qu'ils paraissent beaucoup mieux outillés pour combattre dans la lutte implacable de l'existence, ils ont bien évidemment le dessous. Ils sont obligés de trimer toute la vie, élèvent difficilement leur famille, et n'ont rien à donner à leurs filles. Très souvent, ils meurent absolument obérés. Par surcroît, les nouvelles Facultés de médecine, mettant en circulation de nombreuses couches de docteurs, l'avenir ne me paraît pas prêt de s'améliorer pour le corps médical. Tel est le bilan de l'arrondissement dans lequel j'exerce. Ce n'est pas un cas isolé. Le pire de tout, c'est que la tendance gouvernementale actuelle est de lui faire perdre son indépendance de tous les temps, et de vouloir faire d'un très grand nombre de médecins une armée de fonctionnaires parfaitement embrigadée, chargée d'assurer tous les services publics. Beaucoup gagneront ainsi leur pain de chaque jour, mais je crois bien que beaucoup qui continueront à avoir le sentiment exact de leur valeur intrinsèque estimeront qu'ils ne doivent pas manger de ce pain-là. Ceci est le danger de demain, et nous pensons qu'il sera facile d'atténuer les inconvénients forcés de l'estampille gouvernementale d'un régime vraiment démocratique. Aujourd'hui, il s'agit de vivre : *primum vivere*. Nous pensons qu'il n'est que temps de rappeler MM. les Pharmaciens à leurs devoirs, s'ils ne veulent être expropriés de leurs droits pour cause d'utilité publique.

Caveant medici !

Dr X.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

L'idée des syndicats médicaux, émise en 1880, dans le « Concours médical » a toujours progressé, parce que c'était une idée juste, répondant à un véritable besoin — parce que aussi, au milieu du courant qui entraînait les membres de toutes les professions à concentrer leurs forces, et à s'unir, les médecins ne pouvaient continuer à se confiner dans un individualisme impuissant et absolument contraire à leurs intérêts.

Cependant, si l'ensemble du corps médical fit bon accueil à cette idée, certains, et non des moins considérables, l'envisagèrent avec défiance, disons plus, avec hostilité ; et cette hostilité se traduisit dans les rapports de l'Association générale de Paris.

Mais l'impulsion était donnée : l'idée grandit, s'imposa, et en 1885, l'Association générale, revenant de ses préventions, traduisait les sentiments de la majorité des sociétés locales des départements, en jugeant que entre l'Association générale et les syndicats médicaux, il devait exister des rapports de bienveillance réciproque.

Un instant, le jugement du tribunal de Domfront, confirmé par la cour de Caen, puis par la cour de cassation, parut porter aux syndicats médicaux le coup mortel ; ils furent même invités à se dissoudre. — Leur réponse à cette invitation consista à se développer de plus en plus, à reprendre la lutte, et, en 1886, ils avaient la satisfaction de se voir franchement soutenus par l'Association générale ; celle-ci, en effet, joignait sa pétition à celle que les syndicats avaient adressée au Parlement pour réclamer en faveur des professions libérales le bénéfice de la loi du 24 mars 1884 sur les syndicats professionnels.

Ce n'est pas tout :

En juillet 1886, nous voyons le tribunal civil du Havre, rendre un jugement dans lequel il ne craint point d'inscrire cette proposition : « *Un syndicat* « *de médecins a qualité pour ester en justice alors* « *du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est* « *pas opposée.* »

S'il est vrai que les mœurs font les lois, on ne peut nier que le tribunal du Havre n'a subi l'influence du milieu, n'ait obéi aux idées si libérales de cette ville, en rédigeant un article qui va directement à l'encontre de la cour de cassation. Et cet article a semblé si naturel que le jugement du tribunal du Havre n'a pas été frappé d'appel.

Pourquoi?

C'est que l'opinion publique, le bon sens le plus élémentaire admettent comme une vérité primordiale, indiscutable que les individus exerçant la même profession, ayant des intérêts communs, ont le droit indéniable de se réunir, de se syndiquer pour soutenir ces intérêts. Tout acte ayant pour but de s'opposer à l'exercice de ce droit leur semble si opposé à la nature des choses qu'ils n'en tiennent aucun compte, et agissent comme si cet acte n'existait pas.

Voilà pourquoi le syndicat général de toutes les chambres syndicales de France n'a pas oublié les syndicats médicaux, et les a invités au congrès de toutes les chambres syndicales qui sera ouvert le 17 novembre prochain. Le programme de ce congrès comprend évidemment une multitude de questions qui nous sont absolument étrangères ; mais il en est d'autres

sur lesquelles notre attention peut se porter sans déroger à la dignité médicale, nos idées pouvant être émises et notre parole écoutée.

Tous ces motifs doivent nous engager à répondre à l'appel qui nous est fait, et il me semble que nous devons déléguer quelques-uns d'entre nous pour prendre part aux travaux de ce congrès, surtout relativement aux questions indiquées dans la 4me et la 5me section, sans oublier la question des patentes qui figure dans la 1re section : finances.

Soyez donc assez bon, très honoré confrère, pour faire nommer les délégués de votre syndicat qui pourront vous représenter.

Agréez, je vous prie, l'expression de mes sentiments les plus confraternels.

Dr MARGUERITTE.

Fondation d'un nouveau Syndicat

Syndicat médical de la vallée de l'Hérault

A Monsieur le Directeur du *Concours médical*.

Monsieur,

Le *Concours médical*, initiateur du grand mouvement Syndical qui se produit partout, porte un si vif intérêt à toutes les questions qui touchent au bien-être matériel et à la situation morale du corps médical, que je suis heureux de pouvoir vous annoncer la formation d'un nouveau Syndicat médical.

Après deux séances préparatoires, sous la présidence de M. Barmy, notre doyen d'âge, les médecins des cantons de Gignac et d'Aniane ont formé une association professionnelle sous la dénomination de Syndicat médical de la vallée de l'Hérault.

Après avoir discuté et voté les statuts, la nomination du bureau définitif avait été renvoyée à une troisième séance qui a eu lieu à Gignac, le 27 septembre ; sont présents :

Azémar, de Saint-Félix de Lodez ; Barmy, d'Aniane ; Bédos, de Gignac ; Coulet, de Saint-Pargoire ; *Président* : Gingibre, de Tressan ; Julien, de Saint-Jean-de-Fos ; Laval, de Saint-Jean-de-Fos ; Liron, du Pouget ; *Vice-Président* : Malabouche, de Gignac ; Mousteion, de Montpayroux ; *Secrétaire* : Rouveyrolis, d'Aniane ; Vincens, de Saint-André ;

Et MM. Coste, de Saint-André ; Flaquière de Puechabon ; Levère, du Pouget, se sont excusés par lettre ou par dépêche.

Le Président d'âge, M. Barmy, prononce une courte allocution pour rappeler sommairement les considérations qui militent en faveur de l'établissement d'un Syndicat dans notre région.

Il souhaite ensuite la bienvenue aux nouveaux adhérents. Enfin, après avoir décliné l'honneur de la présidence définitive, pour des motifs personnels, il engage tous les membres à choisir, pour président, un médecin dévoué, actif, ferme et qui, par la facilité de ses relations, sera plus apte à exercer une grande influence morale sur ses confrères.

On procède au vote pour la nomination du bureau.
Président : M. Gingibre, de Tressan.
Vice-Président : M. Malabouche, de Gignac.
Secrétaire : M. Rouveyrolis, d'Aniane.

M. Gingibre remercie ses confrères qui l'ont choisi, à l'unanimité, pour remplir les fonctions de Président. Il apportera dans l'accomplissement de sa tâche tout le zèle et tout le dévouement *dont il est* capable : il fera enfin tous ses efforts pour développer l'esprit de corps et de solidarité parmi les membres de la famille médicale qui viennent de le désigner pour défendre leurs intérêts moraux et matériels.

La séance est levée.

A midi, une table bien servie, à l'hôtel Bénézech, réunissait tous les confrères présents à la réunion. Bons vins et joyeuses chansons ont déridé jeunes et vieux.

Vers cinq heures du soir, chacun est rentré au logis emportant le meilleur souvenir de cette fête de famille.

Le Secrétaire,
Dr F. ROUVEYROLIS.

Association syndicale des médecins du Bas-Anjou.

Assemblée générale tenue le 25 février 1886 à Chalonnes-sur-Loire

Présidence de M. le Dr LEBIEZ.

Si nous donnons aujourd'hui seulement ce compte rendu, c'est qu'il nous est parvenu bien tardivement. Les lecteurs du bulletin verront avec plaisir que dans la région du Bas-Anjou, comme à peu près partout, du reste, les médecins comprennent que l'abonnement avec les collectivités, pour les soins à donner à leurs membres, n'est pas compatible avec la dignité professionnelle, dans le plus grand nombre des circonstances.

A. B. D.

La séance est ouverte à 2 heures.

Etaient présents : MM. Lebiez, de Varades ; Cespré, de Saint-Georges-sur-Loire ; Ollivier et Blanchard, de Saint-Florent-le-Vieil, Rabjeau, d'Ingrandes-sur-Loire ; Belliard, de Montjean ; Laulaigne, de Rochefort-sur-Loire ; Couetoux, de Baupréau ; Fouquet et Vasy, de Bécon ; Grenaudier, de Chalonnes-sur-Loire ; Fiévé, de Jallais ; Lusson, de la Pommeraye.

M. le Président ouvre la séance par une allocution dans laquelle il montre les avantages des Syndicats médicaux et résume les travaux accomplis dans les quinze mois qui se sont écoulés depuis la fondation de l'Association Syndicale des Médecins du Bas-Anjou.

L'établissement d'un tarif minimum d'honoraires, l'adoption d'un mode uniforme de recouvrements qui a déjà fait ses preuves en permettant de faire rentrer des créances désespérées, montrent que, bien que peu fréquentes, nos réunions sont loin d'avoir été inutiles.

Si le côté matériel de la profession y a gagné, le côté moral y a gagné plus encore. « Nous avons appris à nous connaître, à nous estimer ; nos relations sont devenues plus intimes. Les rancunes, les haines suscitées par des clients mal intentionnés ont disparu devant de loyales explications. »

Monsieur le Président passe ensuite en revue l'ordre du jour de la présente séance ; les rapports entre Médecins et Sociétés de Secours Mutuels, la question des Bureaux de Bienfaisance.

Il termine en remerciant, au nom du Bureau dont le mandat est expiré, l'Association Syndicale de l'appui qu'elle lui a prêté, de la confiance qu'elle lui a toujours témoignée.

Après l'allocution de M. le Dr Lebiez, on procède

au renouvellement du Bureau ; le vote donne les résultats suivants :

Président.	MM. LEBIEZ.
Vice-Président.	CESPRÉ.
Secrétaire.	RABJEAU.
Secrétaire-Adjoint.	LUSSON.
Trésorier.	BLANCHARD.
Assesseur.	OLLIVIER.
Idem.	BELLIARD.
Idem.	LETHEULE.

L'ordre du jour appelle ensuite la discussion sur les rapports entre Médecins et Sociétés de Secours Mutuels. Monsieur le Dr Grenaudier de Chalonnes-sur-Loire, rapporteur de la Commission, prend la parole.

Pour rendre l'étude de cette question plus facile, il divise les Sociétés de Secours Mutuels en deux groupes :

PREMIER GROUPE. — Sociétés de Secours Mutuels siégeant dans une localité où se trouvent un ou plusieurs Médecins et desservies par ces mêmes Médecins.

DEUXIÈME GROUPE. — Sociétés instituées dans une localité où il n'existe pas de médecins et desservies par un ou plusieurs médecins habitant une localité voisine.

Le premier groupe, celui des Sociétés locales, sera seul étudié aujourd'hui.

A l'égard de ces Sociétés locales, tous les Membres présents sont d'accord pour repousser l'abonnement ; dans ce mode d'arrangement, en effet, les droits les plus légitimes, tant du Médecin que du Sociétaire, sont souvent trop manifestement lésés.

Le tarif sera donc établi d'après le nombre des visites, consultations, opérations, etc.

On adopte le suivant :

- Consultations........................ Un franc.
- Visites dans la localité.......... Un franc.
- (A la campagne, cinquante centimes en plus par kilomètre).
- Visites de nuit dans la localité. Trois francs.
- (A la campagne, le double de la visite de jour).

OPÉRATIONS. — Les opérations seront payées d'après le tarif minimum, voté à la réunion générale tenue le 17 septembre 1885, à Saint-Florent-le-Vieil.

MÉDICAMENTS. — Les Médecins faisant la pharmacie suivront, pour la vente des médicaments, le tarif généralement adopté par les pharmaciens.

L'étude du tarif applicable aux Sociétés du second groupe, c'est-à-dire celles qui sont instituées dans une localité où il n'existe pas de médecins et desservies par un ou des Médecins résidant dans une localité voisine, est remise à une prochaine réunion.

L'heure avancée ne permet pas non plus de discuter la question des Bureaux de Bienfaisance ; afin d'avoir, pour la réunion de septembre, des bases certaines pour la discussion de ces deux dernières questions, l'Association nomme une Commission chargée de les étudier. Elle se compose de MM. Grenaudier, Laulaigne, Cespré, Fiévé.

Monsieur le Dr Rabjeau, qui, l'année dernière, s'est si bien acquitté de la mission qui lui avait été confiée, est de nouveau désigné pour représenter, cette année, le Syndicat du Bas-Anjou à l'Union des Syndicats.

La séance est levée à quatre heures.

Tous les membres présents se rendent à la salle du banquet, où, grâce aux soins de M. le Dr Grenaudier, un superbe dîner a été servi. Pendant tout le repas, gaieté et cordialité sont les notes dominantes et ce n'est qu'à regret, qu'après avoir bu à la prospérité du Syndicat du Bas-Anjou, nous nous séparons, promettant bien de nous retrouver tous, au mois de septembre, à Saint-Georges-sur-Loire.

Dr H. LUSSON.

NOUVELLES

La commission chargée d'examiner la loi sur le recrutement a modifié comme suit les dispositions relatives aux membres du corps médical et pharmaceutique :

Les docteurs en médecine, les pharmaciens de première classe et les vétérinaires diplômés accomplissant leur service en qualité d'auxiliaires dans un corps de troupe, peuvent, si après une année de présence ils sont l'objet d'un rapport favorable, être nommés docteurs, pharmaciens ou vétérinaires de réserve et renvoyés dans leurs foyers.

Le nombre des jeunes gens qui jouiront du bénéfice de cette dernière disposition sera fixé chaque année par le ministre de la guerre.

La commission, à propos de l'article 24, s'est préoccupée de la situation des élèves de l'école de santé militaire et des élèves boursiers des écoles vétérinaires, ainsi que de la contradiction qui existe entre le fait d'un engagement d'honneur et une sanction pénale pour les cas de manquement à cet engagement.

Elle a remplacé l'engagement d'honneur par un engagement pur et simple, et a réduit de 10 à 6 ans la durée de ce nouvel engagement.

— Nous apprenons avec plaisir que M. le Ministre de l'Intérieur vient de décerner une médaille d'honneur de 2e classe à MM. le docteur de Font-Réault, de Saint-Junien ; le docteur Gaillard, de Saint-Julien-le-Petit. En outre, une mention honorable à M. Vincent, secrétaire de la mairie de Saint-Junien.

Nous adressons nos félicitations aux titulaires de ces distinctions honorifiques qui sont un juste tribut de leur participation active et dévouée dans l'exécution de la loi du 23 décembre 1874, sur la protection des enfants du premier âge.

Elles nous prouvent en outre que grâce à la coopération du corps médical tout entier et à l'organisation administrative, cette importante branche de l'assistance publique n'est pas tombée en désuétude dans notre département, et qu'elle est toujours l'objet des préoccupations constantes de tous.

MALADIES DES FEMMES. — M. le docteur CHÉRON, médecin de Saint-Lazare, recommencera ses leçons cliniques, à sa clinique, rue de Savoie, n° 9, le lundi 8 novembre, à 1 heure, et les continuera les lundis suivants à la même heure.

Les élèves sont exercés à l'examen des malades.

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — M. le Dr FOURNEL, prix de thèse de la Faculté, fait un cours d'accouchements complet en quarante leçons, rue Suger, 4, tous les jours, excepté le jeudi, à cinq heures.

Les élèves sont exercés au *toucher*, aux *manœuvres* et *opérations* obstétricales.

Un nouveau cours commencera le 8 novembre.

S'adresser pour renseignements et pour s'inscrire au docteur FOURNEL, 7, rue de la Michodière, lundi, mercredi, vendredi, de 2 heures à 3 heures 1/2 ou au concierge du cours.

BIBLIOGRAPHIE

De l'incontinence nocturne d'urine essentielle, par le Dr H. PICARD. — Aux bureaux du *Progrès médical*, 13, rue des Carmes.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Nous tenons de bonne source que la proposition de loi relative à la révision de la législation sur l'exercice de la médecine due à l'initiative parlementaire pourrait bien être reprise par le gouvernement lui-même. L'avantage serait de ne pas laisser la proposition frappée de nullité, si elle n'était pas examinée dans la prochaine législature, les propositions du gouvernement restant toujours à l'ordre du jour, sans qu'il soit nécessaire de les représenter à chaque session comme les propositions faites par les députés.

Rhumatisme et fièvre typhoïde.

On peut observer dans la fièvre typhoïde des arthropathies pseudo-rhumatismales comme dans beaucoup de maladies infectieuses. Mais le rhumatisme articulaire aigu le plus légitime peut aussi se trouver associé à la dothiénentérie, ainsi que le prouve une observation publiée par MM. *P. Spilmann* et *L. Ganzinotty* (1).

A côté du pseudo-rhumatisme typhique, de nature infectieuse, qui est secondaire à la fièvre typhoïde, disent ces observateurs distingués, il peut se produire une association du rhumatisme articulaire aigu et de la fièvre typhoïde. Les deux maladies évoluent en même temps, le rhumatisme précédant la fièvre typhoïde ou se développant à une époque peu éloignée du début de la fièvre typhoïde et pouvant même survivre à cette maladie. Les manifestations rhumatismales restent simplement fluxionnaires et ne donnent pas lieu à la suppuration des jointures, comme cela n'est au contraire que trop fréquent dans le rhumatisme secondaire infectieux. Les manifestations rhumatismales qui peuvent être peu sensibles au salicylate de soude disparaissent après l'administration de l'antipyrine ; mais l'analgésie articulaire ainsi obtenue n'est pas persistante et il faut recourir à plusieurs reprises à ce médicament. La fièvre typhoïde se révèle par ses symptômes ordinaires ; elle évolue en trois ou quatre septénaires, et le tracé thermique est celui de cette affection cyclique, modifié par les poussées rhumatismales ou par l'emploi de l'antipyrine.

(1) *Revue de médecine*, 1886.

Albuminurie intermittente chez un enfant bien portant (1).

M. le Dr *Ernest Mareau* fait connaître un cas d'albuminurie intermittente chez un enfant de 10 ans, que notre confrère considère comme bien portant ; il n'a jamais eu la scarlatine, et ne présente aucun des signes même accessoires et rares de la maladie de Bright. On a noté seulement chez lui une légère susceptibilité du larynx, la constipation, la pâleur du visage et une dilatation pupillaire assez accentuée sans cause connue, quelquefois un peu d'oppression ou une céphalée légère. L'idée d'examiner ses urines vint un jour à son père, parce que l'enfant, ayant pleuré, présentait un gonflement léger des paupières. Le père, pharmacien distingué et chimiste habile, trouva de légères traces d'albumine.

A partir de ce moment (juin 1885), 521 analyses ont été faites jusqu'en mai 1886 ; les urines ont été analysées au réveil, avant et après le déjeuner, avant et après le dîner, par les réactifs les plus sensibles et même par les pesées ; quand la quantité d'albumine était dosable. Il s'agit donc d'une observation admirablement prise. Or, l'histoire des albuminuries intermittentes chez les sujets bien portants est encore

(1) *Revue de médecine* (octobre 1886).

assez obscure pour qu'un fait aussi bien observé soit digne de toute notre attention.

Les quantités d'albumine enregistrées ont été souvent insignifiantes : quand elles étaient dosables, elles oscillaient entre 2 centigr. et 60 centigrammes par litre ; le chiffre de 2 grammes par litre a été une fois seulement observé. »

L'albuminurie intermittente dont ce jeune sujet est atteint se manifeste en proportion plus considérable après les repas qu'aux autres instants de la journée ; c'est alors surtout qu'on en trouve des traces nettes. Les traces insignifiantes qu'on a observées dans les urines émises au réveil étaient le résultat de l'influence des repas du soir, parce que le sujet, après avoir uriné une première fois en se couchant, n'urine plus qu'à son réveil. Cet enfant ayant eu une rougeole, l'albumine n'a ni augmenté, ni diminué pendant cette maladie. Lorsque, pendant cette rougeole, il n'a pu faire de repas, à cause de la fièvre, l'albuminurie a été observée surtout au réveil. Au contraire, lorsque l'enfant a été en convalescence et quand il a pu déjeuner et dîner, l'albumine a augmenté aussitôt après les repas.

Il est bien démontré maintenant qu'il existe chez beaucoup de sujets sains ou du moins n'ayant que des troubles insignifiants de la santé une albuminurie intermittente ou transitoire avec de faibles quantités d'albumine et sans cylindres dans les urines ; il s'agit là d'une albuminurie dyscrasique. Dans beaucoup de cas l'examen des fonctions digestives et du foie, ainsi que M. Bouchard nous l'a appris, permettra de s'expliquer ces albuminuries et de les faire disparaître par une hygiène bien comprise.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 2 novembre).

Nouvelle communication sur la rage

Par M. L. PASTEUR.

Le 26 octobre 1885, j'ai fait connaître à l'Académie une méthode de prophylaxie de la rage par morsure. Des applications nombreuses sur les chiens m'avaient autorisé à la tenter sur l'homme. Dès le 1er mars, 350 personnes mordues par des chiens dûment enragés, quelques-unes par des chiens seulement suspects de rage avaient été traitées à mon laboratoire par le docteur Grancher. En présence des résultats heureux que nous avions obtenus, la création d'un établissement vaccinal contre la rage m'avait paru nécessaire.

Aujourd'hui 31 octobre 1886, 2,490 personnes sont venues subir à Paris des inoculations préventives de la rage. Le traitement a d'abord été uniforme pour la grande majorité des mordus, les conditions diverses d'âges, de sexe, du nombre de morsures, du siège de celles-ci, de leur profondeur et du temps écoulé entre le moment des morsures et le début du traitement était de dix jours ; chaque jour, la personne mordue recevait une injection de moelle de lapin, en commençant par la moelle du quatorzième jour et en finissant par la moelle du cinquième jour.

Ces 2,490 personnes se classent ainsi par nationalité : Angleterre, 80 ; Autriche, 52 ; Allemagne, 9 ; Belgique, 57 ; Espagne, 107 ; Grèce, 10 ; Hollande, 14 ; Italie, 165 ; Portugal, 25 ; Russie, 191 ; Indes, 2 ; Roumanie, 22 ; Turquie, 7 ; Suisse 2 ; Etats-Unis, 18 ; Brésil, 3 ; France et Algérie, 1,726.

Le nombre des Français était considérable, puisqu'il est de 1,700 ; nous pouvons nous borner à discuter l'efficacité de la méthode, en ne considérant que les faits relatifs à cette catégorie de mordus.

Sur ces 1,700 traités, il en est 10 pour lesquels le traitement a été inefficace.

Ce sont : Les enfants Lagut, Peytel, Clédière, Moulis, Astier, Videau, la femme Leduc (soixante-dix ans), Marius Bouvier (trente ans), Clergot (trente ans), Norbert Magnevon (dix-huit ans).

Je mets à part deux autres personnes, Louise Pelletier et Moermann, dont la mort doit être attribuée à leur arrivée tardive au laboratoire : Louise Pelletier trente-six jours, Moermann, quarante-trois jours après leurs morsures.

10 morts sur 1,700, 1 pour 170, tel est pour la France et l'Algérie le résultat de la méthode dans la première année d'application.

Prise en bloc, cette statistique démontre l'efficacité de la méthode ; efficacité démontrée également par les morts, relativement très nombreuses, des personnes mordues non vaccinées. On peut, certes, affirmer que parmi les Français mordus pendant cette année 1885-1886, bien peu ne sont pas venus au laboratoire de l'Ecole normale. Eh bien, sur cette faible minorité, il y a, à ma connaissance, 17 cas de mort par rage. Je les indique ci-dessous en note (1).

(1) 1° M. le maire de Tourcoing m'a signalé, le 12 décembre 1885, la mort par rage d'un enfant, nommé Saumyn (François), mordu, le même jour, par le même chien que Mésiaux (Jacques-Louis), lequel a été mordu en novembre 1885 et se porte bien. On avait négligé d'envoyer l'enfant mordu à mon laboratoire ;

2° Quatre enfants du couvent de l'Alma, près d'Alger, furent mordus le 31 août 1885. L'un d'eux, non inoculé, est mort de rage à l'hôpital civil d'Alger ; les trois autres furent vaccinés en novembre 1885 et vont bien ;

3° et 4° Le mari et le beau-père de Céline Lagaz, de la communauté de Vovray (Haute-Savoie), non vaccinés, sont morts de rage dans la même semaine. Céline Lagaz fut vaccinée en novembre 1885 ;

5° Haremburg, dit Larralde, est mort de rage, non vacciné, le 21 janvier 1886, à Amoratz-Laccos, dans les Basses-Pyrénées ;

6° Après avoir vu mourir de rage dans sa commune une femme non inoculée, mordue en même temps que lui et par le même chien, Malandain (Ernest), de Daubeuf-Serville (Seine-Inférieure), a été inoculé en août 1886 ;

7° Henri Riffiondi, Italien, est mort de la rage à l'hospice Beaujon en avril dernier. Il avait eu l'imprudence de juger qu'une blessure légère qu'il avait reçue d'un chien enragé, au mois de février, était sans danger, et il ne vint pas se faire inoculer ;

8° Après avoir vu mourir de la rage, le 17 juin, une de ses voisines, non inoculée, Mme veuve Busson, de Voujancourt (Doubs), est venue se faire traiter ;

9° M. Jamin père, de la Sarthe, a été pris de rage le 7 août, non inoculé, après avoir été mordu le 26 juin, en même temps que son fils, Henri Jamin, Alfred Moermann et Marie Touchard. Ces trois derniers sont venus aux inoculations quarante-trois jours après leurs

TABLEAU DES 6 ENFANTS MORTS SUR LES 1,700 FRANÇAIS TRAITÉS DANS LA PREMIÈRE ANNÉE (1885-1886)

Noms	Age	Morsures et leurs sièges	Dates des morsures	Dates du traitement	Inoculations	Date de la mort	Observations
Videau.	3 ans...	Poignet droit, areade		27 févr.-	Moelle de 14 à 6 j.	24 sept.	Le traitement insuffi-
		soureilière droite...	24 févr.	7 mars.	(Une moelle par	1886.	sant n'avait produit qu'une
Lagut..	11 ans..	Lèvre inférieure...	18 mai	24 mai-	jour.)		vaccination partielle.
Clédière	21 mois	Face palmaire et 2		2 juin.	Moelle de 14 à 5 j.	17 juin.	Même observation.
		doigts de la main					
		droite........	17 juin.	21 juin-			
Peytel..	6 ans...	Annulaire et médius	—	30 juin.	Id.	17 août.	Id.
		droit, 2 morsures à					
		la commissure des					
		lèvres, morsure à la					
		lèvre inférieure, à la	—				Il eût fallu faire 3 trai-
		paupière et à la joue					tements dans les 10 pre-
		gauches........	28 juin.	30 juin-	Moelle de 14 à 5 j.	17 juillet.	miers jours en allant jus-
Moulis.	6 ans...	Trois morsures à l'a-		9 juillet.	puis de 10 à 3 j..		qu'à la moelle de 2 et mê-
		vant-bras. Grande			(Une moelle par		me de 1 jour chaque fois.
		perte de substance.	31 juill.	6 août-	jour).		
Astier..	2 ans...	2 morsures aux joues,	—	12 août.	Moelle de 14 à 4 j.	8 sept.	Traitement insuffisant.
		au-dessous des yeux.			(Une moelle par		Vu la gravité et le nom-
		6 morsures près des			jour.)......		bre des morsures, il eût
		lèvres et égratignu-			Moelle de 12 à 5 j.	16 sept.	fallu que le premier traite-
		res aux mains......	4 août..	5 août-	puis de 8 à 3 j..		ment ne durât que 1 ou 2
				21 août.	puis de 3 et de 2.		jours seulement et qu'il
					(Une moelle par		fût suivi par des traite-
					jour.)........		ments intensifs et répétés.

Le document suivant s'ajoute à tous les faits de notre statistique :

Le nombre des personnes qui meurent de la rage, à Paris, est très rigoureusement connu pour les hôpitaux, surtout depuis cinq ans.

Par ordre du préfet de police, tout cas de rage qui se présente dans les hôpitaux de Paris est immédiatement signalé par le directeur de ces hôpitaux à M. le docteur Dujardin-Beaumetz, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, qui est chargé de faire une enquête suivie d'un rapport au Conseil. On sait ainsi, pertinemment, que, dans les cinq dernières années, 60 personnes sont mortes de la rage dans les hôpitaux de Paris : en moyenne, 12 par an. Aucune année n'a été exempte de morts plus ou moins nombreuses. L'an dernier, il y en a eu 21. Or, depuis le 1er novembre 1885 que fonctionne la méthode préventive de la rage à mon laboratoire, il n'est mort de la rage, dans les hôpitaux de Paris, que deux personnes, toutes deux non inoculées (1), et une troisième qui l'avait été, mais non par les traitements intensifs répétés dont je vais parler dans un moment (2).

morsures. Moermann a succombé, malgré son traitement, après cette arrivée si tardive.

Outre ces neuf personnes, il est mort de la rage, à Marseille, la jeune Masson ; à l'Hôtel-Dieu, à Paris, le sieur Raffin ; le gardien de la paix Carpier ; Jules L'Hôte ; un enfant de Vervins ; Mlle Ganet, morte de la rage en wagon, arrivant au laboratoire pour se faire vacciner.

Les docteurs Tueffard et Beucher m'ont signalé la mort, par rage, de deux personnes qui ne sont pas venues suivre le traitement préventif.

Total : 17 personnes, mortes de la rage, toutes non inoculées.

(2) Raffin (Hôtel-Dieu) ; Riffiondi (hospice Beaujon).

(1) Clerjot (hôpital Tenon).

Si l'on étudie les faits qui précèdent, on voit que le plus grand nombre de ceux qui ont succombé malgré le traitement, sont des enfants, et ont été mordus à la face. Ces enfants ont subi le traitement simple. Or, j'ai acquis la conviction que ce traitement, surtout pour des morsures de ce genre, risque d'être insuffisant. Malheureusement cette conviction n'a pu être acquise que tardivement, de longs délais étant nécessaires pour conclure, à cause de la durée exceptionnelle de certaines incubations de rage.

L'histoire des Russes de Smolensk a été un premier enseignement.

Lorsque nous vîmes mourir à l'Hôtel-Dieu trois de ces 19 Russes mordus par un loup enragé, le premier en plein traitement, les deux autres quelques jours après la fin de leur traitement, le docteur Grancher et moi nous fûmes troublés. Les 16 autres allaient-ils donc succomber à la rage ? La méthode était-elle impuissante contre la rage du loup ? Nous souvenant alors que tous les chiens que j'avais vaccinés avec succès avaient reçu, en dernière inoculation préservatrice, une moelle virulente extraite le jour même et que le premier vacciné, J. Meister, avait terminé son traitement par une moelle extraite la veille, nous avons fait subir un second et un troisième traitement aux 16 Russes qui restaient, en allant jusqu'aux moelles les plus fraîches, celles de 4, de 3 et de 2 jours.

C'est à ces traitements répétés qu'il faut attribuer très vraisemblablement la guérison de ces 16 Russes. Une dépêche reçue ce matin m'annonce qu'ils sont toujours en bonne santé.

Encouragé par ces résultats et de nouvelles expériences que j'exposerai tout à l'heure, j'ai modifié le traitement en le faisant à la fois plus rapide

TABLEAU DES 10 ENFANTS MORDUS A LA FACE ET A LA TÊTE SOUMIS AUX TRAITEMENTS INTENSIFS & RÉPÉTÉS

Noms	Age	Morsures et leur siège.	Dates des morsures	Dates des traitements	Inoculations.	Observations.
Dégoul...	2 ans 1/2	Fortes morsures à la tête et aux cuisses, 24 morsures et égratignures...	29 août.	30 août-2 octob.	Moelles de 10 j. à 2 jours, données en 3 jours... Moelles de 8 à 2 jours. — 8 à 1 jour. — 6 à 1 jour.	A la date du 1er novembre, les morsures remontent à 63 jours.
Elise Baillet	3 ans 1/2	Morsures au-dessous de l'œil gauche...........	20 août.	22 août-4 octob.	Moelles de 14 à 2 jours, données en 3 jours. Moelles de 8 à 1 jour. — 6 à 1 jour.	Idem à 72 jours.
Cuningham.	7 ans.	Morsures au bras gauche et à l'oreille gauche....	23 août.	26 août-23 sept.	Moelles de 14 à 2 jours. — ... 8 à 2 jours. — 8 à 1 jour.	Idem à 69 jours.
Tattersall.	10 ans.	Forte morsure à la joue sous l'œil gauche.....	7 août.	12 août-13 sept.	Moelles de 14 à 3 jours. — 8 à 2 jours. — 8 à 2 jours. — 8 à 2 jours.	Idem à 85 jours.
Sykes...	11 ans.	Plaie étendue à la joue droite	22 août.	30 août-2 octob.	Moelles de 14 à 2 jours, données en 3 jours. Moelles de 8 à 2 jours. — 8 à 1 jour... — 6 à 1 jour...	Idem à 70 jours.
Champion.	2 ans 1/2	Morsures sous l'œil gauche et à la lèvre supérieure....................	30 août.	1er sept.-2 octob.	Moelles de 12 à 2 jours, données en 3 jours... Moelles de 8 à 1 jour... — 6 à 1 jour.	Idem à 62 jours.
Masson...	12 ans.	Morsure partie médiane de la lèvre supérieure..	26 août.	1er sept.-3 octob.	Moelles de 10 à 2 jours, données en 3 jours ... Moelles de 8 à 2 jours. — 6 à 1 jour. — 3 à 1 jour.	Idem à 66 jours.
Berthelot...	14 ans.	Morsure cloison du nez du côté droit..........	25 août.	2 sept.-22 sept.	Moelles de 12 à 2 jours, données en 3 jours.. Moelles de 8 à 2 jours. — 5 à 1 jour. — 4 à 1 jour.	Idem à 67 jours.
Lescure...	8 ans...	Morsure angle externe du sourcil droit...........	13 août.	24 août-23 sept.	Moelles de 12 à 2 jours, données en 3 jours. Moelles de 10 à 2 jours. — 8 à 3 jours. — 4 à 1 jour.	Idem à 79 jours.
Dubarry...	2 ans 1/2	Morsure à la lèvre supérieure et sur la muqueuse................	20 août.	25 août-1er oct.	Moelles de 14 à 2 jours, données en 3 jours. Moelles de 8 à 2 jours. — 6 à 1 jour. — 3 à 1 jour..	Idem à 70 jours.

et plus actif pour tous les cas, et plus rapide encore, plus énergique pour les morsures de la face ou pour les morsures profondes et multiples des parties nues!

Aujourd'hui, dans les cas de blessures au visage ou à la tête et pour les blessures profondes aux membres, nous précipitons les inoculations, afin d'arriver promptement aux moelles les plus fraîches.

Le premier jour, on inoculera, par exemple, les moelles de douze, de dix, de huit jours, à onze heures, à quatre heures et à neuf heures; le deuxième jour, les moelles de six, de quatre, de deux jours, aux mêmes heures; le troisième jour, les moelles de un jour. Puis le traitement est repris : le quatrième jour par moelles de huit, de six, de quatre jours; le cinquième jour par moelles de trois et de deux jours. Le sixième jour par moelle d'un jour. Le septième jour par moelle de quatre jours. Le huitième jour par moelle de trois jours. Le neuvième par moelle de deux jours. Le dixième jour par moelle d'un jour. On fait ainsi trois traitements en dix jours et en conduisant chacun aux moelles les plus fraîches.

Si les morsures ne sont pas cicatrisées, si les personnes mordues ont tardé de venir au traitement, il nous arrive, après des intervalles de repos de deux à quelques jours, de reprendre de nouveau ces mêmes traitements et d'atteindre les périodes de quatre à cinq semaines qui sont les périodes dangereuses pour les enfants mordus à la face (1).

Depuis deux mois, ce mode de vaccination fonctionne, pour les grièvement mordus, et les résultats

(1) Pour des cas de morsures multiples très graves, le premier traitement pourrait être donné en un seul jour et être répété les jours suivants. Les expériences sur les chiens autoriseraient cette pratique. En Russie, on constate de telles morsures soit par des loups, soit par des chiens.

tats sont jusqu'ici très favorables. Qu'il me suffise, pour en donner la preuve, de mettre en parallèle d'une part les circonstances de morsure et d'inoculations des six enfants que le traitement simple n'a pas préservés ; d'autre part, celles qui sont relatives à dix enfants aussi grièvement mordus au mois d'août dernier, et ayant reçu le traitement intensif.

Comme il est rare que la période dangereuse dépasse, pour les enfants mordus au visage et à la tête la durée de quatre à six semaines, j'ai la confiance que ces dix enfants sont, dès à présent, hors des atteintes de la rage.

Ce nouveau traitement a exigé une extension du service de la rage. M. le docteur Terrillon, agrégé de la Faculté de médecine ; M. le docteur Roux, sous-directeur de mon laboratoire ; M. le docteur Chantemesse, médecin des hôpitaux, et M. le docteur Charrin, nous ont apporté, au docteur Grancher et à moi, leur collaboration la plus dévouée.

« Il me reste à faire connaître à l'Académie les résultats des nouvelles expériences sur les chiens.

On pouvait objecter à la pratique habituelle des vaccinations de l'homme *après* morsure, fondée sur la vaccination des chiens *avant* morsure, que l'immunité des animaux n'avait pas été suffisamment démontrée après leur infection certaine par le virus rabique. Pour répondre à cette objection, il suffit de produire l'état réfractaire des chiens après trépanation, et inoculation intra-crânienne du virus de la rage des rues. La trépanation est le mode d'infection le plus certain et ses effets sont constants.

Mes premières expériences sur ce point remontent au mois d'août 1885. Le succès avait été partiel. Dans le cours de ces derniers mois, j'ai repris ces expériences aussitôt que le service de la rage m'en a laissé le loisir. Voici les conditions de leur réussite : la vaccination doit commencer peu de temps après l'inoculation, dès le lendemain, et l'on doit y procéder rapidement, donner la série des moelles préservatrices en vingt-quatre heures et même dans un délai moindre, puis répéter, de deux en deux heures, le traitement une ou deux fois.

Si le docteur Frisch (de Vienne) a échoué dans des expériences de ce genre, cet échec est dû à la méthode de vaccination lente qu'il a adoptée. Pour réussir, il faut, je le répète, procéder rapidement, vacciner les animaux en peu d'heures, puis les revacciner. On pourrait formuler ainsi les conditions de réussite ou d'échec de ces expériences : le succès de la vaccination des animaux, après leur infection par trépanation, dépend de la rapidité et de l'intensité de la vaccination.

L'immunité conférée dans de telles conditions est la meilleure preuve de l'excellence de la méthode.

MALADIES DES VOIES URINAIRES

De l'uretérite et de la périurétérite.

L'inflammation de l'uretère, connue depuis fort longtemps, a surtout été étudiée au point de vue de l'anatomie pathologique ; elle constitue une lésion concomitante des affections de la vessie et des reins et le plus souvent on ne s'en occupe qu'au moment de l'autopsie. Cette indifférence résulte de ce que les moyens d'investigation ne sont pas nombreux ni bien efficaces, et qu'ensuite la connaissance de cette affection a généralement paru importer peu au clinicien. Nous allons voir que ces raisons ne sont plus entièrement justes, qu'aujourd'hui le diagnostic de l'uretérite est possible et relativement facile, que le pronostic qu'elle comporte est sérieux ; enfin, les moyens thérapeutiques dont on dispose ne sont pas absolument impuissants.

L'uretérite primitive qui se montre à la suite de traumatismes et surtout de traumatismes chirurgicaux, dans les tentatives d'hystérectomie par exemple, est rare et elle survient dans des conditions dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Nous n'insisterons pas davantage sur les lésions que le passage d'un calcul peut déterminer sur les parois de l'uretère ; ces érosions, ces déchirures de la muqueuse sont en général assez rapidement réparées. Notons, cependant, que la fièvre qui accompagne ou suit les coliques néphrétiques compliquées d'hématurie affecte un type qui se rapproche de celui de la fièvre urineuse, particularité que nous rappellerons dans un instant en parlant des symptômes généraux de la maladie.

Presque toujours l'inflammation de l'uretère succède à une affection de la vessie ou des reins et est dite alors tantôt ascendante, tantôt descendante ; elle emprunte à l'affection primitive ses caractères pathognomoniques. C'est ainsi qu'il existe des uretérites tuberculeuses, qu'on en distingue d'aiguës et de chroniques. Toutefois, le processus n'est pas toujours le même et dans des cystites chroniques, on peut admettre que c'est par poussées aiguës que l'inflammation se propage le long de l'uretère. L'anatomie pathologique nous en donne la preuve, et sans entrer ici dans des détails minutieux, nous devons dire que, dans un grand nombre d'uretères enflammés chroniquement à la suite d'anciennes rétentions d'urine, on trouve ces conduits dilatés d'une façon très irrégulière ; ils présentent un aspect presque moniliforme, et une succession de poches séparées par des points rétrécis : or, d'après une remarque faite par M. Cornil, à la Société anatomique, cette disposition serait due à la répartition inégale de l'inflammation et marquerait les différents stades de sa propagation. Quoi qu'il en soit, l'uretérite succède presque toujours tantôt à une pyélonéphrite, tantôt (c'est le cas de beaucoup le plus fréquent) à une cystite.

Le diagnostic doit s'appuyer sur la constatation, de symptômes généraux et locaux. Parmi les premiers, le plus important est la fièvre. Dans l'uretérite aiguë, on a une ascension brusque de 2 à 3 degrés avec rémission matinale, une durée de 2 à 3 jours, puis une rémission d'un ou de 2 jours, et quelquefois enfin une nouvelle reprise. Cette forme rappelle un des types de la fièvre urineuse ; de même, dans l'uretérite *chronique*, on observe une *fièvre lente* dont les manifestations, bien mises en lumière par M. Guyon, dénotent en général l'existence de lésions rénales. Mais M. Tourneur, interprète des idées de M. Le Dentu, croit que l'inflammation de l'uretère peut à elle seule donner lieu à des ascensions thermiques qui revêtent le caractère de la fièvre urineuse ; il se base sur l'analyse rigoureuse de quelques observations très probantes dans lesquelles les signes donnés comme caractéristiques de la néphrite faisaient défaut et où, au contraire, on trouvait les

signes physiques de l'urétérite : ce sont ces derniers qu'il nous reste à exposer.

L'examen physique donne, en effet, les renseignements les plus précis. La palpation de l'abdomen permet de les recueillir ; mais pour cela, elle est soumise à certaines règles formulées par M. Le Dentu. Le malade étant dans le décubitus dorsal et les muscles abdominaux étant relâchés, le chirurgien se place du côté à explorer, déprime lentement avec les quatre derniers doigts les parties molles jusqu'à la colonne vertébrale. S'il y a déformation ou augmentation de volume, les mains placées sur le trajet de l'uretère et ramenées vers l'opérateur sentent échapper un cordon vertical, assez résistant, dont la compression surtout au niveau du détroit inférieur donne une sensation bien nette et bien différente de celle que fournit la compression de l'intestin à ce même niveau. Ces sensations s'accentuent bien davantage dans les cas de périurétérite et on peut, à travers les parois abdominales, percevoir les bosselures qu'on observe sur les pièces anatomiques provenant de vieux urinaires.

La constatation de ces lésions, qui sont le résultat d'un état avancé de la maladie, offre certainement un intérêt pour le clinicien ; mais il est bien plus utile de pouvoir reconnaître cette affection à son début ; or nous insistons ici sur la douleur que provoque à ce moment la compression de la partie inférieure de l'uretère. C'est au niveau du détroit supérieur qu'on devra diriger son exploration, au tiers de la distance qui sépare les deux épines iliaques supérieures et antérieures. S'il y a urétérite, même au début, une pression un peu énergique éveillera en cet endroit une sensibilité plus ou moins vive. Ce point de repère est précieux, car on sait maintenant que l'urétérite est une affection latente qui ne se manifeste que par un très petit nombre de symptômes généraux. Or c'est au début surtout qu'il importe de reconnaître l'envahissement de l'uretère.

Le pronostic est sérieux ; cependant, une distinction est à faire entre les urétérites ascendantes et descendantes. Ces dernières, dans le cas de pyélonéphrite primitives n'ajoutent pas un élément de gravité bien considérable à l'affection qui a déjà atteint un organe essentiel comme le rein. Il n'en est pas de même de l'urétérite ascendante. Sans qu'on puisse formuler de règle générale, il est supposable que, dans la grande majorité des cas, les néphrites consécutives aux affections des voies urinaires inférieures ne se développent que par propagation. On voit donc quelle importance il y a à diagnostiquer de bonne heure l'envahissement de l'uretère ; or, bien souvent, chez les vieux urinaires en particulier, l'urétérite est latente, et c'est à la suite d'une cause occasionnelle telle qu'un refroidissement, ou une manœuvre exécutée sur le canal ou la vessie, que les accidents fébriles éclatent. Aussi ne saurait-on rechercher avec trop de soin le point douloureux signalé par M. Le Dentu. Si on le rencontre, on ne devra pas hésiter à porter un pronostic sévère.

Un autre fait important, mis en lumière par M. Guyon, est la largeur excessive de l'uretère, que celle-ci succède ou non à une inflammation. Dans ces cas, l'ascension se fait avec la plus grande rapidité de la vessie aux reins, aussi M. Guyon considère-t-il comme une circonstance fâcheuse, l'expulsion, non accompagnée de douleurs vives, d'un calcul rénal un peu volumineux ; lorsque cet accident se produit après un traumatisme subi par la vessie, surtout quand il y a cystite, le pronostic devient assez sombre.

Nous ne voudrions pas, en terminant cette note, laisser croire que nous accordons une importance exagérée à l'existence de l'urétérite. Maladie essentiellement secondaire, les symptômes qu'elle présente, de même que le pronostic qu'elle entraîne sont subordonnés à la cystite ou à la néphrite primitive. Toutefois, on sait que le diagnostic de la néphrite est parfois difficile, que celle-ci évolue sourdement dans bien des cas, que les signes physiques qu'elle donne échappent souvent : il n'est pas indifférent alors de pouvoir reconnaître les lésions d'un organe intermédiaire, de l'uretère dont l'inflammation met pour le moins le malade dans un état d'imminence morbide. A cet égard, le point douloureux de la partie inférieure de l'uretère, signe précoce, a une importance qu'il suffit de rappeler.

Le traitement de l'urétérite est dominé par celui de la maladie dont elle émane et consiste surtout dans une médication interne : ce sont des boissons émollientes, des bains, et à un certain moment des balsamiques. En raison de la situation profonde de l'uretère, nous ne croyons pas beaucoup à l'efficacité des révulsifs ; cependant, M. Le Dentu en recommande l'emploi, et dans l'observation de la thèse de M. Tourneur, ceux-ci paraissent avoir donné de bons résultats. — A titre de curiosité thérapeutique, nous dirons quelques mots du cathétérisme de l'uretère, qui n'est guère employé qu'en Allemagne. C'est principalement Simon (de Heidelberg) qui en a tracé les règles ; il parvient assez facilement, paraît-il, à trouver l'orifice de l'uretère chez la femme, après dilatation de l'urèthre, et en se servant comme guide du col utérin. Ce procédé rendrait, suivant Simon, de grands services dans les cas d'obstruction par un caillot, un bouchon purulent, ou un calcul ; dans ce dernier cas, il faudrait soumettre l'uretère à une dilatation progressive. Malgré les observations de Simon, qui sont loin d'ailleurs d'être toutes favorables, nous ne pouvons nous empêcher de constater que la plupart des traumatismes chirurgicaux qui portent sur l'uretère, entraînent des accidents sérieux et une rapide propagation de l'inflammation au parenchyme du rein. En attendant que l'expérimentation faite en Allemagne donne des résultats concluants, nous croyons qu'on fera bien d'imiter la prudente réserve dans laquelle se sont tenus jusqu'à présent les chirurgiens français.

Dr E. Desnos.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

L'Exercice par les médecins étrangers.

La pétition suivante, adressée *à la Commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi sur l'exercice de la médecine* a été rédigée par M. le Dr Aigre (de Boulogne-sur-Mer), ancien interne des hôpitaux de Paris, au nom d'un nombre important de médecins syndiqués et non syndiqués. Il est bon que la plus grande publicité soit donnée à cette protestation.

Messieurs,

Les soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Boulogne-sur-Mer, ont l'honneur de vous soumettre les observations suivantes, relativement au nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine et vous prient de vouloir bien les prendre en considération.

1. D'après le paragraphe 2 de l'article 6 de cette

loi, il est dit que : pourront être autorisés exceptionnellement à exercer la médecine sur le territoire de la République, sans être tenus de subir un examen devant une Faculté de l'Etat, les Français et les étrangers, reçus docteurs à l'étranger, qui accompagnent leurs clients dans les stations thermales ou hivernales françaises (il est à supposer que les stations balnéaires leur sont assimilées).

Doit-on entendre par ces mots *leurs clients*, la personne ou la famille que le médecin étranger accompagne, avec laquelle il arrive à la station thermale et avec laquelle il repart ? — Ou bien l'expression *leurs clients* comprend-elle tous les compatriotes des susdits médecins ? Le docteur américain X... accompagne à Cannes son *client* le banquier Z... et lui donne régulièrement ses soins ; est-ce là ce que l'on doit comprendre ? Ou bien, ce docteur X... arrivera-t-il tous les ans à Cannes, dès le mois d'octobre ; s'y installera-t-il même toute l'année pour soigner tous ceux qui aiment à être soignés en Anglais ?

Dans le premier cas, il est trop évident que la loi n'a pas à intervenir. Si c'est la seconde version que l'on doit admettre, les dispositions de l'article 5 de la précédente loi deviennent illusoires. En effet, d'après cet article 5, le Français et l'étranger reçus docteur en médecine à l'étranger ne peuvent être autorisés à exercer en France ou aux Colonies qu'après avoir établi qu'ils ont exercé pendant quatre ans à l'étranger, après avoir obtenu la dispense de scolarité, après avoir subi avec succès, devant une Faculté de l'Etat, deux examens portant sur l'ensemble des connaissances médicales théoriques et pratiques ; présenté et soutenu une thèse, produit un certificat authentique de bonne vie et mœurs.

D'un autre côté (paragraphe 2, article 6), serait exempté de toute formalité et de tout examen, le médecin étranger qui s'établit dans une ville thermale, hivernale ou balnéaire. Mais c'est précisément dans ces villes, et on pourrait dire dans ces villes-là seulement, que s'établissent des médecins étrangers.

La suppression du paragraphe 2 de l'article 6 semble être la seule solution qui, pour entrer dans l'esprit de la loi, protégera le médecin Français contre son confrère étranger.

II. Il n'est pas probable que les auteurs du présent projet de loi songent à réclamer un effet rétroactif qui atteindrait quelques confrères étrangers, ayant acquis par une longue pratique dans nos stations françaises, une position digne de tout intérêt. Cependant, il y aurait quelques modifications à introduire en ce qui les concerne.

Plusieurs d'entre eux s'intitulent sur leurs plaques, cartes de visites, etc. : « *Docteur* », alors que le diplôme étranger qu'ils ont acquis ne leur donne pas droit au titre de Docteur dans le pays où il a été délivré. Ils ont, à la vérité, un diplôme qui leur donne le droit d'exercer la médecine, mais non pas de s'appeler Docteur, quelque chose comme notre officiat de santé. Dès lors il est vexatoire pour tel officier de santé français, exerçant dans la même ville qu'un médecin étranger, de voir ce dernier s'intituler Docteur, sans en avoir le droit, alors que lui, pour obéir aux lois de son pays, ne peut s'ap- peler que M. un tel, médecin. Ce ne sont pas là des hypothèses, le fait existe. — Ne pourrait-on pas forcer, même rétroactivement, un tel confrère étran- ger à ne plus porter le titre de Docteur, quitte à lui appliquer le paragraphe 2 de l'article 18 de la présente loi ?

III. Il est, enfin, un troisième point sur lequel Messieurs les médecins français soussignés prennent la liberté d'appeler votre attention. Les médecins étrangers exerçant actuellement en France, le font en vertu d'une autorisation ministérielle leur accordant le droit d'exercer la médecine dans telle ville désignée et parmi *leurs compatriotes*. Il arrive, par une tolérance facile à comprendre, qu'au bout d'un certain nombre d'années, le confrère étranger ayant acquis pour ainsi dire droit de cité, possédant d'ailleurs à fond notre langue, arrive à donner ses soins indistinctement à tous les malades qui s'adressent à lui, sans s'inquiéter de leur nationalité. Comment réprimer cet abus ? Ce n'est peut-être pas bien difficile et on donnerait ainsi satisfaction aux récriminations trop fondées des médecins français, tout en respectant les droits acquis des confrères étrangers. L'autorisation ministérielle pourrait n'être accordée que pour une période de cinq années ; au bout de ce temps elle devra être renouvelée. Ce renouvellement pourrait être fait par l'autorité administrative locale. Le risque de ne plus voir renouveler l'autorisation dont il jouit, dans le cas où une plainte jugée fondée serait formulée contre lui, maintiendrait dans le respect des conventions les médecins étrangers qui auraient la tentation de s'en écarter, — bien mieux que la crainte d'un procès en exercice illégal de la médecine qui est le seul recours à l'heure actuelle.

Les réclamations que les médecins français soussignés ont l'honneur de vous soumettre pourraient se résumer de la façon suivante :

1° Suppression du paragraphe 2 de l'article 6.

2° Intercaler entre l'article 6 et l'article 7, trois nouveaux articles conçus à peu près en ces termes :

Art. 6 *bis*. A. Les Français et les étrangers munis de diplômes médicaux étrangers et qui ont été, antérieurement à la présente loi, l'objet d'une autorisation spéciale du ministre à l'effet d'exercer la médecine en France, ne pourront porter le titre de *docteur* qu'à la condition que leur diplôme comporte ce titre dans le pays où il a été délivré.

B. L'autorisation ministérielle d'exercer la médecine ne pourra être accordée aux Français et aux Etrangers munis de diplômes étrangers que pour une période de cinq ans ; elle peut être renouvelée indéfiniment.

C. Les dispositions des deux articles précédents s'appliquent aux médecins étrangers en exercice au moment de la promulgation de la présente loi.

Médecins et Pharmaciens.

28 Octobre 1886.

Monsieur le Directeur,

L'article « médecins et pharmaciens », de votre dernier numéro, m'a mis le cœur en liesse : Depuis longtemps je m'étonnais du silence des journaux de médecine sur le nouveau projet de loi pharmaceutique. Etait-ce un mot d'ordre auquel tous obéissaient, même ceux qui sont censés porter haute et ferme la bannière de nos revendications ?

En tout cas, ce silence mystérieux me semblait gros de menaces ! — Il y a tant d'entente parmi MM. les Pharmaciens !

Ce n'est, disent-ils, que dans l'intérêt de l'humanité qu'ils réclament le *monopole* en leur faveur, et cela en plein XIX[e] siècle ! Alors que tous les privilèges s'effritent journellement, ils veulent élever un temple à la Thériaque et à l'Orpiment ?

Que ceux qui aiment l'éclat troublant de leurs

gourdes multicolores et le clinquant de leurs bocaux vides, les applaudissent. — C'est leur affaire ! — Dans les villes, cela constitue une agréable diversion, mais dans les campagnes où vous avez déjà tant de peine à faire pénétrer les lumières de la science, croyez-vous qu'il est logique de *doubler les frais*, de paralyser le bon vouloir et l'abnégation des médecins par des restrictions pleines de méfiance que le malade est en somme obligé de payer ! On craint le pouvoir des médecins ; on lui adjoint un garde-chiourme. — C'est le client qui paie ce luxe !

Vous aurez beau multiplier écoles mixtes et facultés ; quelque entraînés que soient les néophytes, les déconvenues des aînés leur ouvriront les yeux et ils ne voudront plus être dupes. En vain vous battrez la caisse pour les attirer.

Sans demander, comme l'auteur de la lettre en question, la création de *pharmacies nationales*, dans le genre des bureaux de tabac (ce qui pourrait avoir de nombreux inconvénients, à voir le sans-gêne de beaucoup de fonctionnaires), ne serait-il pas plus simple de s'inspirer uniquement des besoins des populations ?

Or, combien de bourgs importants n'ont pas et n'auront jamais de médecins parce qu'ils ont le bonheur de posséder un pharmacien. Que veut-on que fasse un pauvre diable de médecin arrivant avec sa trousse et un maigre bagage, à côté de ces petits temples autorisés de la pharmacie où trône un augure en calotte ?

Sans entrer dans des détails trop souvent rebattus, qui va visiter les indigents, les enfants assistés, par tous les temps, — fait les levées de cadavres et autres besognes rebutantes pour des prix ridicules ? Eh bien ! puisque vous n'avez que le médecin pour remplir ces fonctions-là, puisqu'il est à la peine, qu'il soit aussi à l'honneur et au profit ! qu'il ne soit pas obligé de laisser à d'autres qui l'attendent les pieds sur les chenêts, le bénéfice légitime.

Si vous le supposez assez honnête pour éclairer la justice et assez dévoué pour remplir tant de tâches ingrates, pourquoi craindre de lui confier la vente de drogues qu'il a tout intérêt à choisir bonnes et valables ?

Halte-là ! dira-t-on. Confier au premier médecin venu le droit de débiter du laudanum, du sirop de chicorée ! vous n'y pensez pas ; mais où aurait-il appris à préparer ces drogues majeures ? — Il n'a pas suivi le moindre cours de pharmacologie, ni subi le plus mince examen de stage officinal devant deux pharmaciens patentés ! C'est vrai ; — mais le commis du pharmacien non plus, qui le remplace avantageusement, pendant des mois entiers, n'a encore affronté aucune de ces terribles épreuves et aucune réclamation ne vient troubler son sommeil.

Est-ce donc une simple affaire de droits à payer ? alors, on peut s'entendre.

A une époque où la science marche à si grandes enjambées, le savant d'hier vaut à peine aujourd'hui un simple bachelier. Ouvrez donc des examens où tout médecin sera appelé à prouver des connaissances pratiques et suffisantes en pharmacie — je ne parle pas de préparations microbiennes — mais de vraie pharmacie usuelle. — Que, ceint du tablier professionnel, il pile, mêle, triture sous les yeux d'un jury impartial. Et qu'ensuite on lui délivre, même contre espèces sonnantes, une autorisation de manipuler pour le plus grand bien des populations ; qu'on lui fasse même prêter serment devant le plâtre de Galien !

Cela rapporterait plus que d'imposer le brevet de capacité simple et personne ne s'en plaindrait.

Par une juste réciprocité, MM. les pharmaciens seraient autorisés à montrer, en public, combien leurs consultations journalières leur ont été profitables pour la science médicale.

Je pense que peu d'entre eux se dérangeraient pour obtenir une licence dont ils se passent si facilement.

Après ces formalités, rien n'empêcherait d'imposer en outre la visite sérieuse de toutes ces officines et la tenue exacte d'un registre des poisons. — Tout cela serait simple affaire de réglementation et le trésor n'y perdrait rien.

Mais que dis-je ! Tout est déjà prévu dans ce fameux projet de loi des pharmaciens : interdiction aux médecins de vendre des remèdes, sauf les remèdes urgents qui seraient dénommés au codex par une commission *ad hoc*, (et cela au mépris des droits acquis.)

Je m'arrête, car je connais à peine ce projet de loi. Le corps des pharmaciens est uni et puissant. Ce sera un honneur pour notre journal d'aider à mettre le médecin à la place qu'il doit occuper. Cela raffermira les tièdes et encouragera ceux qui doutent encore. Tous, j'en suis sûr, devant une allure décidée, n'hésiteront pas à contribuer largement, pour un but qu'ils approuvent et qui les touche tous, de près ou de loin.

Veuillez agréer,

Dr CARAMEL.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement (1).

I

Une femme atteinte de cancer de l'utérus devient enceinte ; dans le cours d'une grossesse naît et évolue un cancer de l'utérus. Quelle va être l'influence de la grossesse sur le cancer et inversement l'influence du néoplasme sur la marche de la grossesse? Que se passe-t-il au moment de l'accouchement ? Quelles sont les difficultés du diagnostic, la gravité du pronostic ? Quelle doit être la conduite du médecin pendant la gestation et au moment de l'accouchement ? Toutes ces questions viennent d'être remarquablement exposées dans la thèse d'agrégation de M. Bar, accoucheur des hôpitaux : il y étudie seulement le cancer du col, parce que le cancer du corps est habituellement consécutif à ce premier, que sa fréquence est moindre puisqu'il s'observe plus souvent chez les nullipares que chez les femmes ayant eu une ou plusieurs grossesses.

Le cancer utérin débute au niveau de la portion vaginale du col ou du canal cervical et peut se présenter sous trois formes cliniques : *ulcéreuse, végétante, infiltrante* ; il suit une marche plus ou moins rapide et envahit peu à peu tout le col et le corps de l'utérus, la paroi vaginale, le tissu cellulaire pelvien, le vagin et la vessie. On doit distinguer le cancer de la portion vaginale et celui du canal cervical, non seulement au point de vue de leur siège, mais encore au point de vue de leur évolution (Ruge et Veit) : le premier a une grande tendance à s'étendre vers le vagin et peu de propension à gagner la partie supra-vaginale du col, tandis que le second

(1) Thèse d'agrégation, 1886. Paris.

gagne très rapidement le corps de l'utérus et a peu de tendance à s'étendre vers le vagin. Ces données sont très importantes pour les indications opératoires et pour apprécier les rapports du cancer utérin avec la grossesse.

II

C'est à tort que quelques accoucheurs ont pensé que, sous l'influence de la grossesse, le cancer pouvait subir une véritable régression et même disparaître complètement; le cancer peut, tout au plus, dans les cas heureux, rester stationnaire. Le plus souvent la grossesse exerce sur le néoplasme une influence néfaste : la vie de la femme peut se trouver compromise par la rapidité avec laquelle se produisent la généralisation et les accidents. Cette aggravation est liée, d'une part, à la moindre résistance opposée par les tissus à l'infiltration cancéreuse ; d'autre part, à des modifications survenues dans le tissu cancéreux lui-même et caractérisées par la transformation embryonnaire des éléments qui le constituent. Par suite de l'activité plus grande que présente l'évolution du néoplasme pendant la grossesse, les douleurs se montrent plus vives, les sécrétions plus abondantes et sanieuses, les hémorrhagies plus intenses ; l'aggravation de tous ces symptômes amène un retentissement des plus graves sur l'état général ; la cachexie cancéreuse fait de rapides progrès, les femmes ont de la fièvre et tombent dans un tel état de marasme qu'elles succombent parfois avant la fin de la grossesse et l'apparition du travail (Lee, Psamburch, Siebold).

Quant à l'influence du cancer sur la grossesse, elle consiste souvent dans l'expulsion prématurée du produit de conception ; d'après les statistiques de Cohnsteim, de Bar, l'accouchement à terme se ferait seulement dans les deux tiers des cas. Ce qui empêche la grossesse d'aller à terme, ce sont les hémorrhagies, l'extension du cancer à la paroi du corps de l'utérus, les lésions de la caduque, l'anémie profonde et l'épuisement de la femme.

Le fœtus subit le contre-coup de l'affection cancéreuse ; ses chances de viabilité sont diminuées, puisque la mère est exposée à l'avortement et à l'accouchement prématuré ; il est difficile de déterminer si la mortalité du fœtus avant le travail est plus fréquente que dans la grossesse normale. « Le cancer utérin, dit M. Pinard dans son article récent et très complet sur la *Grossesse* (1), semble troubler singulièrement le développement du fœtus ; c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier quand la question de l'opération césarienne se pose alors que la grossesse n'est pas à terme. »

III

Le travail de l'accouchement exerce une action nocive sur le cancer ; chaque contraction utérine amène une sorte de contusion en pressant le fœtus contre le col : ces contusions deviennent d'autant plus sérieuses que le travail se prolonge plus longtemps. Sous l'action des tiraillements auxquels est soumis le col pendant les contractions, la dilatation peut se faire s'il reste autour de l'orifice des parties qui n'aient pas été envahies par le cancer ; mais parfois le tissu cancéreux, qui ne peut se laisser distendre, se fissure, se rompt sur une étendue plus ou moins grande ; ces lésions se produisent d'autant plus facilement que le cancer a subi un ramollissement analogue à celui qu'on observe pour les fibromes.

L'accouchement n'est pas fatalement entravé dans les cas de cancer du col : dans un certain nombre de faits, le travail a pu se terminer spontanément après une durée régulière. C'est qu'alors habituellement le cancer est peu étendu, n'occupe qu'un segment du col et ne s'élève pas très haut dans le canal cervical ; d'après Cohnsteim, l'action nocive du néoplasme serait réduite à son minimum quand la dégénérescence aurait envahi la lèvre postérieure seule. Outre le peu d'extension du cancer qui rend probable un travail spontané et normal, il faut encore tenir compte de la friabilité plus ou moins grande du néoplasme, du degré de ramollissement qu'il a subi pendant la grossesse, de l'intensité des contractions utérines et de la manière dont le travail agit sur la consistance des tissus atteints. Du reste, le pronostic de l'accouchement rapide est loin d'être toujours favorable : il n'a souvent lieu que grâce aux déchirures étendues qui se produisent dans les tissus malades.

La prolongation du travail est due soit à l'inertie utérine causée par l'envahissement d'une partie du segment inférieur ou par l'épuisement de la femme, soit à la résistance du col qui ne peut se dilater. La tumeur du col obstrue l'excavation et ne permet pas l'engagement de la partie fœtale.

L'expulsion du fœtus n'est rendue parfois possible que par les fissures qui s'agrandissent et se transforment en déchirures plus ou moins profondes ; c'est là un phénomène tardif du travail ; ces déchirures présentent les variétés les plus grandes quant à leur siège, leur direction, leur profondeur ; elles s'étendent très facilement et se propagent du côté du rectum, de la vessie, ou bien du côté du péritoine, du tissu cellulaire pelvien ; on conçoit combien le pronostic immédiat de ces ruptures peut également varier. La femme est exposée à des hémorrhagies parfois mortelles ; elle présente des phénomènes de shok et des symptômes d'excitation nerveuse. Lorsque la résistance du col est telle que la dilatation ne peut se faire, l'utérus s'épuise ou se rompt : les femmes succombent généralement au bout de quelques heures ; les enfants naissent morts. Enfin, dans des cas exceptionnels, les femmes succombent avant la fin du travail, soit par épuisement, soit par péritonite, soit par le seul fait de la prolongation excessive du travail. Tantôt les femmes meurent épuisées après plusieurs tentatives infructueuses d'accouchement (cas de Menzie) ; tantôt les accidents dus à la mort et à la putréfaction du fœtus viennent terminer la scène (cas de Schmitt).

(*A suivre.*) G. LEPAGE.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Association syndicale des médecins de la Haute-Saône.

Assemblée générale, à Vesoul, le 31 juillet 1886.

PRÉSIDENCE DE M. LE DOCTEUR PARIS.

La séance est ouverte à dix heures et demie.

Membres présents : Chambre syndicale, MM. PA-

(1) Dict. encyclopédique des Sciences médicales, 4e s, t. XI, p. 154.

ris, Président ; Corne, Vice-Président ; Voisard, Trésorier ; Maussire, Secrétaire ; Coillot, Gautier, Massin, Délégués.

MM. Clement, Goudot, Petitgand, Tisserand, Gourdan-Fromentel, de Champlitte, Richard. (Arrondissement de Gray.)

Billotte, Bitschiné, Chanet, Groz, Miroudot, Spindler. (Arrondissement de Lure.)

Blandin, Bontemps, Doillon, Guillaume, Mouchotte, Pitoy, Racine, Revaclez. (Arrondissement de Vesoul.)

Se sont excusés par lettre ou télégramme : MM. Bertin, Boucon, Guyot, Volette, Jeanney, Poulet, Simonin, Letellier, Loiselot, Metzquer ; Grillon, Conseil judiciaire de l'Association.

MM. Dupont, Docteur-Médecin à Saint-Loup, et Brunswich, Docteur-Médecin, à Vauvillers, demandent à faire partie du Syndicat, et sont admis à l'unanimité.

L'Association a perdu six de ses membres : M. Bertin n'habite plus le département ; MM. Boisson ont quitté le Syndicat ; M. Petitgand a été invité à donner sa démission ; M. Rolland a été révoqué, et M. Vaillandet est mort.

M. le Président lit le rapport suivant :

Messieurs et honorés Confrères,

Appelé par vos bienveillants suffrages à l'honneur de présider, cette année, votre Association syndicale, je tiens tout d'abord à vous en exprimer ma reconnaissance, et, avant d'aborder les questions qui intéressent le syndicat, je vous demanderai d'émettre un vote de remerciments à l'adresse de mon honorable prédécesseur, M. le docteur Gourdan-Fromentel, dont la tâche a été rendue particulièrement délicate dans les circonstances que vous connaissez.

UNION DES SYNDICATS

Depuis notre dernière réunion, a eu lieu à Paris, comme précédemment, une assemblée des délégués de tous les syndicats faisant partie de l'Union. M. le docteur Simonin, de Lure, a bien voulu se dévouer et nous remettre, à son retour, le compte rendu de la séance à laquelle il a assisté. Je ne vous le lirai pas en entier, dans la crainte de prolonger outre mesure notre réunion déjà surchargée par les nombreuses questions mises à l'ordre du jour, et sur lesquelles vous aurez à vous prononcer. Rappelez-vous, messieurs, que l'assemblée s'est tenue au mois d'août dernier, et qu'à ce moment, le Corps médical tout entier était encore en émoi à la suite de la décision prise par la Cour de cassation au sujet de l'affaire de Domfront. A ce propos, M. Simonin nous apprend que des démarches furent faites auprès de nos gouvernants, dans le but d'obtenir une modification de la loi, et que, sur l'initiative de M. Cézilly, une convocation fut adressée à 180 Sénateurs ou Députés Médecins. Sur ce nombre, « un seul a daigné paraître, et deux ou trois seu« lement ont eu la condescendance de s'excuser par « lettre ».

Comme vous le voyez, nos honorables gouvernants n'y ont pas mis beaucoup d'empressement ; mais la question n'a pas été abandonnée pour cela, car dans la séance de la Chambre du 21 juin dernier, M. Colfavru, député de Seine-et-Oise, a déposé une proposition ayant pour objet d'étendre à toutes les professions, et notamment aux professions dites libérales, le bénéfice de la loi du 21 mars 1884 sur les syndicats professionnels. Le journal où je puise ces renseignements ajoute que cette proposition a été faite en vue, principalement, d'assurer aux Syndicats médicaux déjà existants les droits que leur a déniés le récent arrêt du tribunal de Domfront.

Incessamment donc, la question sera portée devant les Chambres, et résolue, je l'espère, dans un sens favorable aux intérêts du corps médical. Notre Syndicat entrera alors dans une nouvelle phase et pourra paraître de quelque utilité aux Confrères de Gray qui, dans leur réunion d'arrondissement du 5 juillet dernier, ont déclaré ne lui en reconnaître aucune, au moins jusqu'au moment présent. Est-il donc nécessaire de rappeler à nos Confrères de Gray les avantages, quoique minces, obtenus déjà par notre Association ? Ont-ils oublié les conditions avantageuses, grâce au Syndicat, auxquelles nous pouvons nous procurer du vaccin, la rétribution vaccinale, l'augmentation et l'uniformité des honoraires dans certains cantons, les deux centimes additionnels par habitant, en ce qui concerne la médecine gratuite, l'affaire de notre Confrère M. Blanchot..., etc. ?

A quoi il convient d'ajouter les rapports de bonne confraternité qui s'établissent à chacune de nos réunions, sans lesquelles une moitié d'entre nous ignorait l'existence de l'autre.

Au point de vue général, les résultats en ont été clairement exposés dans un numéro du *Concours médical* (juin 1886), par M. Barat-Dulaurier, qui termine son éloge des Syndicats par un appel à la bonne union de tous pour la défense de nos intérêts menacés. D'ailleurs, si la loi sur les Syndicats se trouve modifiée dans le sens que nous espérons, nous verrons notre corporation peser de tout son poids devant la justice ou les administrations pour la revendication des droits de chacun de nous. Poursuivons donc notre œuvre, sans nous laisser dévier du but que nous nous sommes proposé par les facéties de quelques esprits plus enclins au dénigrement qu'au désir d'honorer la profession.

Dans son rapport, M. Simonin nous dit encore qu'à la réunion des délégués diverses questions ont été posées et résolues par les membres présents. Je vous parlerai seulement de celles qui ont été suivies d'un vote. C'est ainsi qu'il nous apprend qu'en ce qui concerne les relations des Médecins avec les Compagnies d'assurances-vie, l'Assemblée a décidé *« qu'il faut toujours et absolument refuser le cer« tificat qui est demandé par la Compagnie comme « une arme contre les héritiers des assurés décédés. »* J'avoue ne pas me rendre un compte exact des inconvénients d'un certificat constatant que M. X. est mort d'une pneumonie.

Une autre résolution a été prise, sur laquelle vous aurez à statuer ; c'est celle qui décide « *que le montant de la cotisation annuelle par chaque membre du Syndicat sera porté de un à deux francs.* »

ASSURANCES-ACCIDENTS.

Le tarif des honoraires dus par les Compagnies aux Médecins constatant les accidents a été aussi discuté, à Paris, dans la réunion où se trouvait M. Simonin, et dans celle tenue dernièrement à Gray, sur la proposition de M. Signard. De part et d'autre, on a décidé de maintenir les prix tels qu'ils sont établis par la plupart des Compagnies que nous voyons dans notre département. Chacune d'elles, *l'Urbaine et la Seine, le Secours, le Soleil* ont accepté le tarif de six francs ; nous ne pouvons donc qu'engager nos Confrères à maintenir ce chiffre, qui a paru suffisant aux deux réunions dont nous parlons.

MÉDECINE GRATUITE.

S'il est une question qui intéresse vivement notre Association et que nous voyons revenir chaque année, c'est certainement celle de la médecine gratuite. Cette fois, la réunion de Gray, vu la proposition de M. Signard, émet le vœu qu'à l'avenir les Médecins cantonaux ne se trouvent plus à la merci des maires, autrement dit qu'en cas de dissentiment entre les maires et les Médecins, ceux-ci ne soient pas brusquement congédiés du poste qu'ils avaient accepté.

Evidemment ces faits, qui ne sont pas sans exemples dans notre région, sont profondément regrettables, et tous vos efforts doivent tendre à faire cesser cet état de choses. La question est difficile à résoudre, mais il me semble qu'un progrès réel pourrait être accompli en imitant ce qui se passe dans les Alpes-Maritimes, où le Conseil général a *décidé que les « Médecins acceptés par l'adminis- « tration devraient passer un traité de cinq ans « avec les communes de leur circonscription »*. Si tel est votre avis, notre Syndicat interviendrait soit à la Préfecture, soit au Conseil général, pour autoriser les communes à passer un contrat de trois ans, par exemple, avec les Médecins chargés de la Médecine cantonale. Alors ce contrat, régulièrement passé entre les parties, ne pourrait être annulé que par le Conseil de préfecture, sur la plainte de l'une d'elles et pour des motifs sérieux.

LOI ROUSSEL.

La loi Roussel, votée depuis longtemps par les Chambres, n'a pas encore eu d'effet dans notre département, du moins à ma connaissance, fait d'autant plus regrettable, que son application donne de si beaux résultats, notamment dans le Calvados, sous la puissante impulsion préfectorale.

Et cependant, chez nous, que d'enfants nés dans de mauvaises conditions et placés en nourrice succombent par le fait de la non-exécution de la loi ! Il serait à désirer que des démarches fussent faites pour qu'elle reçût dans la Haute-Saône au moins un commencement d'application.

Après l'audition du Compte-rendu du Président, le secrétaire veut donner lecture du travail du Conseil judiciaire de l'Association, M. l'avocat Grillon, sur le *Secret médical*, question qui avait été effleurée à la dernière réunion. Mais comme le temps manque et que, d'un autre côté, cette étude complète, et qui embrasse tous les cas difficiles en pratique, demande à être méditée, l'assemblée en ordonne l'impression et adresse ses remercîments à son dévoué et infatigable conseil judiciaire.

(Nous réservons cet important travail, dont nous donnerons plus tard des extraits.)

Ensuite, le Secrétaire prend la parole en ces termes :

Chers Confrères,

Nous avons perdu, cette année, un de nos amis, M. Vallandet, de Pin. C'était un grand et beau vieillard, qui avait adhéré des premiers à notre Association, et qui, malgré son âge et son éloignement, se faisait un devoir et un plaisir d'assister à nos réunions. J'aimais à le voir cravaté de blanc, droit dans sa redingote noire, avec sa figure fine, distinguée : il me représentait un de ces vieux Médecins que j'ai appris à respecter. Il était doux, bon, croyant : nous ne l'oublierons pas.

Messieurs,

L'Union des Syndicats demande que le montant de la cotisation annuelle de chaque membre syndiqué soit élevé de un à deux francs. Cette augmentation grèvera notre budget d'une somme assez ronde ; mais je pense que nous pouvons adhérer à cette proposition, vu l'état de nos finances, que je vais vous faire connaître au lieu et place de notre Trésorier.

Budget de l'Association au 21 juillet 1886.

RECETTES

30 juillet 1884	....	718 f. 22
21 id. 1885	Cotisations annuelles...	420 »»
21 id. 1885	Cotisations en retard....	140 »»
	Indemnité vaccinale (1886)	400 »»
	Total général....	1.678 25

DÉPENSES

Dîner Laurain..........................	187 f. 60
Délégué à Paris........................	100 »»
Impressions diverses...................	87 50
Vaccine................................	87 »»
Union syndicale........................	60 »»
Frais divers...........................	38 95
Total général....	552 05

BALANCE

Recettes.............	1.678 f. 25
Dépenses.............	552 05
Excédent des recettes..	1.126 25

En ajoutant à cette somme, placée à la Caisse d'épargne, le montant des cotisations qui n'ont pas encore été versées et qui s'élève à 130 francs, nous aurons comme capital 1,256 fr. 25.

Tel est l'avoir de notre Société.

L'an dernier, Messieurs, je vous ai touché quelques mots sur la Caisse des pensions de retraite du Corps médical français. J'y reviens cette année, et comme je crois que cette institution est une des plus utiles parmi les utiles, je ne cesserai jamais, tant que j'aurai le droit d'élever la voix au milieu de vous, et au risque de passer pour un rabâcheur de vous exciter, de vous pousser de toutes mes forces à en faire partie.

Je vous disais donc, à pareille époque, que huit jours après la création de cette Caisse, c'est-à-dire le 31 décembre 1884, son bilan était de 21,949 fr. 85. et que le 25 juillet suivant, il s'était élevé à 56.571 fr. 65. Cette année, le 24 avril, l'encaisse était de 91,931 fr. 41, comme l'indique le tableau suivant :

RECETTES

Cotisations..............	86 629 f. 20
Dons à la Caisse des pensions..............	1.400 »»
Dons à la caisse auxiliaire.	500 »»
Profits et pertes........	303 11
Intérêts des valeurs	3 049 10
Total	91.931 41

EMPLOI

Portefeuille..............	87.212 f. 15
Frais généraux..........	2.967 98
Reste en caisse du Trésorier.	1.751 28
Total égal........	91.931 41

Au 31 décembre 1886, nous dépasserons 100,000

francs, dit le Trésorier, l'honorable docteur Verdalle, Médecin des hôpitaux de Bordeaux, dans son rapport lu en assemblée générale, sous la présidence du docteur Dujardin-Beaumetz, le 24 avril dernier.

(Suit un extrait du rapport de M. Verdalle que nos lecteurs connaissent déjà.)

On vote ensuite sur les questions suivantes mises à l'ordre du jour.

I. — DÉONTOLOGIE.

1° *Affaire Bertin-Petitgand.*—L'Assemblée, après lecture d'un rapport de M. Bertin, l'audition de M. Petitgand et le résumé du débat par le Président, adopte le jugement de la Chambre syndicale. En conséquence, le docteur Petitgand est invité à donner sa démission.

2° *Incident Rolland.* — Le docteur Rolland a adressé, le 13 juillet dernier, à M. le Président du Cercle graylois une lettre contenant des imputations fort injurieuses contre des Confrères de Gray et de Champlitte qu'il ne nomme pas. Sur la proposition des membres composant ce Cercle, l'Assemblée, après avoir entendu la lecture de cette lettre, qui ne renferme aucune preuve à l'appui des faits qui y sont relatés, décide que la démission de M. le docteur Rolland est refusée, et prononce sa radiation de la liste des Sociétaires (Articles 25 et 26 des Statuts). ....

3° Le Président lit une lettre du docteur P., qui se plaint de ce qu'un de ses Confrères vient, depuis plusieurs mois, à jour et heure fixes, dans un village distant de cinq kilomètres de sa demeure, sous prétexte qu'il est le Médecin des ouvriers d'une petite usine, et, à ce sujet, il pose la question suivante :

« La visite à jour et heure fixes, dans un village quelconque, est-elle une concurrence déloyale faite au Médecin qui habite cette localité ou qui en est voisin ? »

A cette question l'Assemblée répond : Oui ; mais le cas signalé par le docteur P. est tout autre. Il y a là un facteur qui change du tout au tout l'affaire. En effet, le Confrère est Médecin d'une usine où il vient à jour et heure fixes ; dès lors, il ne peut être assimilé au Médecin que vise l'article 12 du Code de déontologie, ainsi conçu :

Un Médecin voulant sauvegarder sa dignité et celle de ses confrères ne doit pas se transporter dans un village à jour et heure fixes par lui et connus du public, à l'effet d'y exercer sa profession.

Aussi l'Assemblée, considérant que M. S..., d'après conventions établies, donne des soins aux ouvriers d'une usine, *dans un lieu dépendant de cette usine* ; qu'il n'a rien fait pour y attirer des clients étrangers ; qu'il lui est difficile de repousser les malades qui viennent le trouver dans cet endroit privé qu'on peut considérer comme son cabinet propre, déclare à l'unanimité qu'elle n'a pas à s'immiscer dans cette affaire, et passe à l'ordre du jour.

II. — ALLOCATIONS VACCINALES.

4° L'Assemblée demande de nouveau que les allocations vaccinales soient mandatées directement par la Préfecture, et elle charge ceux de ses membres qui font partie de nos assemblées départementales de s'entendre à cet égard avec M. le Préfet de la Haute-Saône pour qu'un article sur la subvention vaccinale soit inscrit au budget des communes.

III. — LOI ROUSSEL.

5° L'Assemblée émet le vœu que désormais la loi Roussel soit appliquée dans le département de la Haute-Saône. Elle délègue MM. les Conseillers généraux et d'arrondissement membres de l'Association, pour voir M. le Préfet et le prier d'agir aussi énergiquement que possible près de MM. les maires pour que la loi Roussel, qui, dans certains pays, a fait tomber la mortalité chez les enfants assistés de 10 à 30 pour cent, ne soit plus chez nous une loi morte.

IV. — UNION DES SYNDICATS.

6° L'Assemblée adresse des remercîments au docteur Simonin, son délégué à l'Union des Syndicats, et vote la somme de 2 fr. au lieu de 1 fr. par sociétaire, pour aider à couvrir les dépenses de l'Union.

VI. — MÉDECINS ET MAIRES.

8° Le docteur Signard, de Gray, demande que les Médecins cantonaux ne soient plus à la merci des maires, et qu'en cas de dissentiment ils ne soient plus brusquement congédiés des postes qu'ils avaient acceptés.

Le Président fait remarquer que, bien que cette question ait déjà été traitée, et que l'article 4 de l'arrêté préfectoral du 30 novembre 1882 dise : « *Le médecin sera choisi pour l'année entière*, » il serait à désirer qu'un contrat d'une durée de plusieurs années (3 à 5 ans), comme dans les Alpes-Maritimes, fût passé avec les communes.

L'Assemblée charge sa Chambre syndicale de s'occuper de cette affaire quand le moment sera venu.

L'ordre du jour étant épuisé, le Président déclare qu'aux termes des statuts, les pouvoirs du bureau sont arrivés à leur fin, et qu'il y a lieu de procéder à l'élection d'un Vice-Président et des autres membres du bureau, le Vice-Président actuel devant remplir les fonctions de Président.

Sont nommés membres de la Chambre syndicale :

Président de droit........ Dr Corne.
Vice-Président........... Dr Massin.
Secrétaire................ Dr Maussire.
Trésorier................. Dr Voisard.

Délégués.

Arrondissement de Gray. Dr Richard. — Dr Gourdain-Fromentel fils.

Arrondissement de Lure. Dr Gauthier. — Dr Simonin.

Arrondissement de Vesoul. Dr Coillot. — Dr Guilleminot.

Conseil judiciaire.

M. Grillon, Avocat.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret de faire part du décès de M. le Dr AGUILHON, père de notre collaborateur, M. le Dr Aguilhon, qui s'est consacré à l'exercice, à Paris, de l'art dentaire.

M. Aguilhon occupait une situation considérable à *Riom* et une foule d'amis et de clients se pressaient à ses funérailles.

Notre regretté confrère était médecin de l'Hôpital, du Parquet, des Épidémies, du Conseil d'hygiène, etc., et depuis longtemps la croix de la Légion d'honneur lui avait été accordée à de nombreux titres.

— Nous apprenons également la mort de deux membres du *Concours médical* : MM. le docteur Faucon, de Licques (Pas-de-Calais), et le docteur E. Deflandre, de Bohain (Aisne).

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André,

Huitième année | N° 46 | 13 Novembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

ÉCHOS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

du *Concours médical* et de *l'Union des Syndicats*

Du 7 Novembre 1886

Nous espérions et nous disions après l'Assemblée générale du 9 août 1885, que, l'année suivante, en 1886, de nombreux convives viendraient s'asseoir à notre Banquet confraternel pour constater les heureux effets de la nouvelle organisation résultant des modifications apportées aux *Statuts* du « Concours médical ».

Nos espérances ont été confirmées et dépassées : l'*Assemblée générale* de 1886 marquera une date mémorable dans l'histoire de notre Société. Elle marquera par l'importance et la variété des sujets qui ont été mis en discussion et des décisions qui ont été prises, et par les sentiments de cordialité qui animaient tous les assistants.

Séance des *Délégués des Syndicats*, conférence de *M. Lande sur la Caisse des Pensions* de retraite, séance du *Concours médical*, ont été aussi intéressantes les unes que les autres pour les nombreux médecins qui étaient venus, parfois de bien loin, y prendre part. Comme chaque année, de nouveaux confrères, obligés jusqu'ici de s'abstenir, se sont félicités d'avoir pu assister à nos discussions, et tous ont promis de revenir l'année prochaine accompagnés de leurs amis.

Le menu du *Grand-Véfour* a reçu l'approbation générale, les conversations animées et les joyeux propos se sont prolongés très avant dans la soirée.

L'épreuve des bons effets de la séparation du *Journal* d'avec la *Société* est faite et bien faite ! Les résultats que nous attendions de nos efforts persévérants apparaîtront de plus en plus, et notre œuvre d'union prendra tôt ou tard, mais elle prendra sûrement, tous les développements qu'elle comporte.

Les médecins qui ont été témoins de nos débats professionnels, iront dire, dans leurs Sociétés respectives, qu'au *Concours* on est toujours assuré de trouver bon accueil et appui chaleureux pour toutes les propositions confraternelles ; qu'ils veuillent agréer les remerciements du *Conseil de Direction*. Il poursuivra sa tâche avec d'autant plus d'ardeur qu'il se sent absolument en communion d'idées avec tous.

LA SEMAINE MÉDICALE

La réunion des délégués de l'Union des Syndicats, l'Assemblée générale annuelle des membres du Concours médical et le banquet qui les a suivies constituent pour nous un événement important de la Semaine. Nous n'attendrons donc pas la publication in extenso des procès-verbaux de ces réunions (ils seront donnés dans notre numéro prochain), pour annoncer à ceux de nos confrères qui n'avaient pu venir, l'excellente impression que la journée du 8 novembre a laissée à tous les assistants.

Les membres présents, étaient encore venus en plus grand nombre que les années précédentes et d'excellente besogne a été faite, grâce à la bonne volonté de chacun.

La séance de l'*Union des Syndicats* était présidée par M. Margueritte (du Havre), qui a refusé modestement d'être prorogé dans les fonctions qu'il avait si dignement remplies et qui, dans l'intérêt même de l'œuvre, a cru devoir proposer aux suffrages de ses confrères, pour lui succéder l'année prochaine, M. le Dr Dupuis (de Vervins), député de l'Aisne, membre du syndicat des vallées de l'Aisne et de la Vesle.

Entre la séance de l'*Union des Syndicats* et celle du *Concours médical*, M. Lande a, dans une petite conférence pleine de verve et d'une clarté irréprochable, exposé l'état si satisfaisant de la caisse des pensions de retraite. Il n'a pas eu de peine à réfuter certaines critiques répandues dans le monde médical par MM. Damourette et Trolard. Il ressort victorieusement des chiffres cités par M. Lande que notre caisse, vieille seulement de trois ans, se trouvera en état, même sans recruter aucun adhérent nouveau, de faire face à toutes les obligations que lui imposeront les statuts dans sept ans, le jour où elle aura à servir ses premières pensions.

La communication la plus importante qui soit à signaler dans la réunion du Concours médical est celle qu'a faite M. Cézilly, relativement à la création d'un *Comité de protection des pupilles du corps médical*. Notre directeur a pu annoncer que ce projet, dont nous avons à plusieurs reprises déjà entretenu nos lecteurs, est devenu une réalité : des statuts provisoires ont reçu un nombre d'adhésions suffisant pour que le comité d'organisation soit constitué ; des professeurs de la Faculté, des médecins des hôpitaux, plusieurs notabilités du Parlement, de hauts fonctionnaires, ont déjà accepté d'en faire partie ; notre nouvelle création rencontre une sympathie générale et bientôt nous publierons le résultat de nos démarches.

Le banquet a été plein de gaîté. Des toasts fort applaudis ont été portés par notre éminent confrère, M. Chevandier, député de la Drôme, par MM. Cézilly, Lasalle (de Lormont), Lande, Chastenet, etc. Les conversations se sont prolongées fort avant dans cette soirée, dont chacun gardera certainement le meilleur souvenir.

La désinfection des mains.

Nous sommes heureux de contribuer à répandre un excellent conseil donné sur ce point important de pratique aux médecins et aux étudiants, par M. le Dr Danlos, médecin de l'hôpital Tenon (1).

Chacun sait, dit notre très distingué confrère, qu'après certaines autopsies (péritonite puerpérale, fièvre typhoïde, etc.), certains touchers (cancer de l'utérus), les doigts restent imprégnés, pendant de longues heures, d'une odeur fétide, dont les lavages répétés ne peuvent qu'à grand'peine les débarrasser. En pareil cas, on se borne généralement à masquer une odeur par une autre (acide phénique, vinaigre, etc.). Il est cependant un procédé très simple et absolument inoffensif, pour enlever *instantanément* toute fétidité. C'est ce procédé, dont je fais usage depuis longtemps déjà dans mon service, que je désire porter à la connaissance de vos lecteurs.

Il consiste dans l'emploi du permanganate de potasse et du bisulfite de soude ; primitivement j'employais au lieu de bisulfite l'acide chlorhydrique; mais le bisulfite est beaucoup plus efficace et plus facile à manier. La solution de permanganate, dont je fais habituellement usage, est titrée à 5 pour 1,000 ; mais on peut sans inconvénient employer des solutions beaucoup plus chargées. Maintes fois, j'ai employé des solutions à 5 pour 100. La solution de bisulfite est la solution du commerce, diluée au cinquième environ. Ici encore on peut sans inconvénient faire varier dans des limites très étendues, le titre de la liqueur.

Voici maintenant la manière d'opérer. On commence par se nettoyer soigneusement au savon, pour enlever les matières grasses qui s'opposeraient au contact des antiseptiques. Ceci fait, on se lave les mains dans la solution de permanganate, en ayant soin de frotter. Au contact des mains, la solution se décompose et laisse sur la peau une couche brune très adhérente de peroxyde de manganèse. Suivant la concentration de la liqueur et le temps employé (deux minutes suffisent) la coloration brune varie d'intensité. Quand on juge la teinte suffisamment foncée, il suffit, pour l'enlever, de mettre quelques instants les mains dans la liqueur de bisulfite. La décoloration est immédiate et la désinfection absolue. Les doigts sentent alors un peu l'acide sulfureux ; mais le moindre lavage à l'eau le fait disparaître aussitôt.

Outre l'avantage qu'offre ce procédé d'enlever l'odeur répugnante qui s'attache aux doigts, après certains touchers, je crois qu'il pourrait rendre service aux chirurgiens et accoucheurs, dans le cas où une purification rigoureuse des mains semble nécessaire. Les deux substances employées sont, en effet, toutes deux des antiseptiques très énergiques, et, à *priori*, je serais tenté de croire la désinfection par ce moyen plus sûre que par le sublimé ou l'acide phénique. Je ne veux pas, du reste, faute d'expérience suffisante, insister sur ce point. Je me borne à garantir ce que j'ai constaté, à savoir : l'inno-

(1) Progrès médical, 6 novembre 1886.

cuité absolue et l'efficacité de ce procédé pour désodoriser les mains souillées par des matières putrides.

La dernière communication de M. Pasteur.

Nous avions à dessein cessé d'entretenir nos lecteurs des bruits qui couraient relativement aux insuccès de la méthode de prophylaxie de la rage après morsure ; l'acharnement inexplicable qu'ont mis certains publicistes à harceler notre éminent compatriote au milieu des recherches si importantes qu'il poursuit, pouvait sans doute avoir pour résultat d'égarer l'opinion publique ; mais la seule réponse autorisée qui pût être faite à ces détracteurs systématiques, c'était un nouveau document statistique émanant de M. Pasteur lui-même ; nos lecteurs ont pu se convaincre, par la communication académique du 2 novembre, que, si la technique des inoculations a dû être modifiée en quelques points, la méthode demeure d'une efficacité incontestable ; la mortalité n'a été que de 1 pour 170 (10 morts sur 1,700 Français traités), tandis qu'on a compté 17 décès sur le bien petit nombre des personnes mordues qui n'ont pas été inoculées. Quelle est la méthode thérapeutique qui peut revendiquer de plus brillants résultats ?

Les assertions du docteur Frisch (de Vienne), qui étaient venues mettre en suspicion non pas seulement l'application à l'homme de la méthode prophylactique après morsure, mais aussi la vaccination des chiens avant morsure, c'est-à-dire la base même de la découverte de M. Pasteur, tombent devant l'explication qu'a fournie celui-ci sur la raison des échecs de M. Frisch. Celui-ci a échoué parce qu'il avait adopté un procédé de vaccination trop lente. Notre confrère viennois s'est trop hâté de communiquer ses résultats contradictoires ; qu'il recommence en suivant exactement la méthode pastorienne et il reconnaîtra son erreur.

Traitement de la tuberculose par les lavements d'acide carbonique chargé de principes médicamenteux.

C'est à coup sûr une méthode bien digne de fixer l'attention des praticiens que celle qui a donné de si bons résultats à notre confrère lyonnais, M. Bergeon. On lira plus loin sa dernière communication à l'Académie. La malade qu'il a montrée est un exemple vraiment remarquable, et le modus faciendi est si simple que bientôt un grand nombre de praticiens pourront l'expérimenter pour contrôler les résultats annoncés par M. Bergeon. Un flacon générateur d'acide carbonique pur (il importe qu'il soit pur), un flacon d'eau sulfureuse dans lequel vient barboter le courant d'acide carbonique pour en ressortir chargé du principe médicamenteux et une poire en caoutchouc qui, à chaque coup, injecte dans le rectum une quantité déterminée de gaz, voilà qui est d'une dépense bien minime et d'un transport aisé. Nous reviendrons prochainement avec détails sur cette question d'actualité.

Cependant nous pouvons dire dès aujourd'hui que, d'après les renseignements fournis par les quelques praticiens qui ont expérimenté la méthode de M. Bergeon, c'est surtout contre la phthisie chronique, la résorption septique et l'expectoration muco-purulente, que les succès sont manifestes ; la laryngite tuberculeuse primitive ne serait peut-être pas aussi bien amendée. Quant à la granulie, que M. Bergeon pense *surtout* pouvoir guérir, il faudrait plusieurs observations bien nettes pour entraîner la conviction. En tout cas il faut essayer.

Un nouveau journal mensuel vient de paraître à Poitiers ; sa fondation est due à l'initiative de notre collègue le Dr Brossard, aidé de quelques confrères zélés comme lui pour la science et désireux d'étendre la renommée de l'École de Poitiers. Bonne chance donc au *Poitou médical* !

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 9 novembre).

Sur les vaccinations rabiques

M. *Colin* (d'Alfort), dont l'hostilité aux doctrines pastoriennes ne date pas d'hier, a fait une attaque en règle contre la statistique fournie par M. Pasteur. Il se refuse à admettre que les 2,400 individus, dont 1,700 Français, traités rue d'Ulm depuis un an aient été tous mordus par des chiens enragés. Il pense qu'on a dû souvent prendre pour des chiens enragés des chiens ayant mordu après avoir été provoqués, et abattus prématurément. L'autopsie, d'après lui, ne peut même donner qu'une présomption ; la certitude ne peut être acquise qu'au vu de l'animal vivant, malade et surtout mourant paralysé, quelques jours après les premiers symptômes rabiques.

M. Colin dit que la statistique du ministère de l'agriculture ne concorde pas avec celle de l'École normale, la première n'indiquant que 351 personnes mordues du 1er octobre 1885 au 1er octobre 1886.

D'ailleurs, dit M. Colin, tous les individus mordus par des chiens enragés ne contractent pas la rage, soit que la dent soit sèche ou la salive essuyée par les vêtements ou entraînée par l'hémorrhagie.

D'après les expériences de M. Renault, sur 10 chiens couverts de morsures dans des combats acharnés contre des rabiques de leur espèce, la moitié échappait quelquefois aux suites des morsures. Or l'homme paraît avoir moins d'aptitude que le chien à contracter la rage.

En outre, M. Colin admet que les cautérisations auraient souvent suffi à protéger les individus mordus contre l'explosion de la rage.

M. Colin soustrait donc du chiffre des individus vaccinés par M. Pasteur les mordus par animaux non enragés, ceux sur lesquels les morsures ne devaient pas avoir de suites fâcheuses, ceux qu'une cautérisation efficace a préservés, et il ne croit pas pouvoir attribuer à M. Pasteur comme justiciables de sa méthode plus que les 30 personnes environ qui mouraient annuellement de morsures rabiques avant l'emploi du traitement de M. Pasteur, et parmi ces

trente il croit pouvoir estimer à 18 ou 20 le nombre de celles que le traitement a sauvées.

Il ajoute qu'il a toujours été détourné de croire à la vaccination antirabique parce qu'il a constaté les insuccès fréquents des inoculations préventives anticharbonneuses. M. Colin va même jusqu'à insinuer que les vaccinations antirabiques peuvent être nuisibles et que peut-être parmi les sujets morts jusqu'ici de la rage après traitement il en est plusieurs à qui la rage a été communiquée par celui-ci.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 8 novembre.

Sur un procédé technique de diagnose des gonococci (*Microbes de la Blennorrhagie*).

M. Gabriel Roux (de Lyon). — Le gonococcus de Neisser, dans la grande majorité des cas, par son habitat particulier, son séjour intracellulaire fréquent, se distingue suffisamment d'avec les autres cocci, mais non sûrement.

Il est des cas douteux où l'affirmation sans restriction est nécessaire et pourtant difficile ; et, pour ces cas rares, mais possibles, nous proposons le procédé de technique suivant, dont nous nous croyons en droit de garantir l'exactitude :

Lorsque dans un liquide organique quelconque renfermant des microorganismes on veut déceler la présence de ces derniers par l'élégante méthode dite « de double coloration », on a ordinairement recours au procédé de Gram, c'est-à-dire qu'après avoir coloré la préparation, préalablement desséchée, par le bleu de méthyle ou le violet de gentiane par exemple, on lui fait subir pendant deux ou trois minutes l'action du liquide iodo-ioduré formulé par Gram, qui possède la propriété de fixer les couleurs d'aniline sur les microbes exclusivement et non sur les éléments anatomiques ; on décolore ensuite par l'alcool, on traite par l'eau distillée, et on recolore à l'éosine. La préparation fait alors très bien ressortir en bleu ou en violet les micro-organismes sur le fond rose des cellules épithéliales ou des leucocytes.

Or, l'expérience maintes fois répétée, nous a démontré que ce procédé, applicable aux examens de pus quelconque, aux sécrétions buccales, pharyngiennes, bronchiques, etc., ne l'est absolument pas au « pus blennorrhagique » ; ce dernier, traité de cette façon, donne constamment un résultat négatif le « gonococcus » seul y préexiste.

En d'autres termes et pour conclure, le liquide de Gram ne fixe pas les couleurs basiques d'aniline sur les gonococci qui, soumis à l'alcool, se décolorent en même temps que les éléments anatomiques et ne sont plus que très difficilement reconnaissables à l'examen microscopique. Nous nous réservons de démontrer plus tard qu'il en est de même de certains bacilles. Tel n'est pas le cas pour les autres cocci que nous avons observés, tels que les micrococci normaux de la bouche, du pharynx, des bronches, etc., le micrococcus uræ, les diplococci de la pneumonie et des selles normales, les streptococci et les staphylococci de divers ordres.

Il est donc « toujours possible » dans les « cas douteux », après avoir constaté la présence des gonococci par la coloration au violet de gentiane ou autre, employé seul et sans addition d'alcool, de reconnaître la véritable nature de ces derniers en faisant agir sur la même préparation (examinée d'abord dans l'eau) successivement le liquide de Gram et l'alcool.

« S'il y a disparition absolue des cocci, ce sont bien ceux de Neisser » ; s'ils persistent, au contraire, avec leur coloration violette, il y a lieu d'émettre des doutes sur la nature blennorrhagique de l'affection en cause et de rechercher sa véritable nature.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Séance du 6 novembre.

Du transfert à distance au moyen des aimants, de quelques phénomènes de cause hystérique ou même organique.

M. *Babinski*. — Dans une communication récente faite à la Société de psychologie physiologique, j'ai établi que certaines manifestations hystériques peuvent être transmises sous l'influence de l'aimant d'un sujet à un autre, ceux-ci étant même placés à une certaine distance l'un de l'autre. Dans une première catégorie d'expériences pratiquées sur deux hystéro-épileptiques hypnotisables, j'ai pu transférer de l'une à l'autre de ces malades l'hémianesthésie dont elles étaient atteintes, ainsi que certains phénomènes que je produisais chez une d'elles par suggestion, tels que paralysies diverses flasques ou spasmodiques, monoplégies brachiales ou crurales, hémiplégies, paraplégies, coxalgies, mutisme, etc.

Dans une deuxième catégorie d'expériences, j'ai mis en rapport avec un des sujets précédents des malades atteints de paralysies hystériques diverses spontanées. Ces accidents se transmettent au sujet hypnotisé, mais, le plus souvent, persistent en même temps chez les malades présentant la paralysie spontanée ; pourtant, dans un cas, à la suite de deux expériences consécutives, j'avais obtenu une amélioration d'une paralysie spontanée.

En poursuivant mes recherches sur cette question, j'ai pu obtenir dans un cas d'hémiplégie survenue après une attaque la disparition de la paralysie à la suite de quatre expériences consécutives. Il y a donc là une méthode de traitement.

J'ai fait, d'autre part, de nouvelles recherches qui montrent que les manifestations hystériques ne sont pas seules susceptibles d'être transmises sous l'influence de l'aimant.

J'ai pu, en effet, transmettre aux hypnotisables dont il a été question plus haut certains phénomènes tels que paralysies, tremblement, etc., liés à des altérations organiques du système nerveux.

Dans ces expériences, qui ont été faites dans le service de M. Charcot, à la Salpêtrière, toutes les précautions ont été prises pour qu'il soit impossible d'invoquer la suggestion ou la simulation.

QUINZAINE CHIRURGICALE

Deuxième congrès français de chirurgie.

Pour la seconde fois, l'amphithéâtre de la Faculté a ouvert ses portes aux membres du congrès français. Bien que née d'hier, l'association des chirurgiens de langue française affirme hautement, par le nombre et la valeur de ses travaux, son énergique vitalité. Ne pouvant relater ici toutes les communications qui ont été faites, ni toutes les discussions, nous exposerons seulement à nos lecteurs les faits les plus importants, quitte à signaler plus tard les autres travaux, à propos des questions qui tomberont sous notre plume.

Dr Thiriar (de Bruxelles) : **Valeur du dosage de l'urée dans le diagnostic des tumeurs abdominales.**

Depuis longtemps M. Thiriar (de Bruxelles) insiste sur l'utilité de l'examen des urines chez les malades atteints de tumeurs abdominales. Cet examen doit porter sur l'urine des 24 heures et être renouvelé plusieurs jours de suite, afin que l'on puisse obtenir une moyenne. Le dosage de l'urée lui a toujours donné des notions exactes sur la nature bénigne ou maligne des tumeurs, et dans des cas douteux et difficiles il n'a jamais été trompé. Les recherches de M. Thiriar portent sur 46 malades ; elles lui ont permis de tirer la conclusion suivante : dans les tumeurs bénignes, le chiffre de l'urée est *toujours* supérieur à 12 gr. par jour et se rapproche sensiblement de la quantité normale ; dans les tumeurs de mauvaise nature, *jamais* il n'atteint 12 grammes et souvent reste aux environs de 4, 5 et 6 grammes.

Professeur Guyon : **De la lithotritie rapide.**

Dans ces dernières années, un certain nombre de chirurgiens allemands, Kœnig, Kramer, Volkmann, ont montré une tendance marquée à préférer la taille à la lithotritie dans tous les cas de pierre. M. le professeur Guyon tient à réagir contre cet entraînement. Malgré les avantages nombreux de la taille hypogastrique, il admet que la lithotritie est encore l'opération de choix dans la cure des calculs. Depuis 1878, M. Guyon a traité 678 calculeux ; 647 ont subi la lithotritie et 31 seulement la taille. Or, jusqu'ici, la léthalité comparative des deux modes de traitement est encore en faveur du broiement, puisque la taille sus-pubienne donne 27 % de mortalité pour les calculs dépassant 30 grammes, 15 % pour les plus petits, tandis que l'on relève seulement 36 morts sur les 647 lithotrities, soit 5, 2 % de léthalité.

L'*âge* très avancé des malades est une contre-indication, à moins que le calcul ne soit absolument intolérable. Dans ce cas, il faut agir en une séance prolongée ou en plusieurs courtes, sans chloroforme ; jamais on ne tentera la taille.

Le volume et la multiplicité des calculs sont des conditions qui prolongent les séances de lithotritie et sont parfois défavorables. En moyenne, on peut opérer le broiement complet en 25 minutes et il faut considérer les pierres de 5 cent. à 5 cent. 1/2 comme des cas limites. En somme, on ne doit traiter par la lithotritie les calculs volumineux ou multiples que lorsque l'on est sûr de pouvoir faire toutes les manœuvres nécessaires en une seule séance. La *cystite* n'est pas une contre-indication ; généralement elle disparaît, rarement elle s'aggrave après l'opération. La néphrite est la cause la plus fréquente des insuccès, mais elle peut tout aussi bien être réveillée par la taille que par le broiement. En somme, la lithotritie doit être considérée comme une opération simple, sûre, bénigne, pourvu toutefois que l'antisepsie de la vessie soit rigoureusement réalisée. Dans les cas ordinaires, le traitement est court et le malade peut se lever au bout de une semaine.

Dr Richelot : **Indications de l'hystérectomie vaginale.**

Cette opération, bien réglée pour la première fois par Récamier et réhabilitée en France il y a deux ans par M. Demons (de Bordeaux), a fait en peu de temps de rapides progrès.

M. le Dr Richelot l'a pratiquée déjà une dizaine de fois, il rappelle les principaux points du manuel opératoire et précise les indications multiples de l'intervention.

Tout cancer du col utérin encore opérable, c'est-à-dire qui n'a pas envahi la muqueuse vaginale et qui ne remonte pas assez haut pour empêcher l'abaissement de l'utérus, est justiciable de l'hystérectomie et cette opération, bénigne en réalité, quand elle est faite dans des conditions d'asepsie suffisante, est de beaucoup préférable à l'amputation sus-vaginale du col. Mais les indications s'étendent davantage ; c'est un procédé de traitement rationnel dans les cas de *fibrômes* utérins douloureux, quoique peu volumineux, dans les cas de *fibrômes* petits et multiples qui produisent des hémorrhagies abondantes et opiniâtres. Le *prolapsus utérin* complet et la rétroversion compliqués d'accidents douloureux ou d'hémorrhagies rentreraient encore dans le même cadre.

L'opération, en elle-même, comprend trois temps principaux : l'isolement de l'utérus, — le traitement des ligaments larges, — le traitement de la plaie vaginale.

Le premier temps n'a rien de particulier ; quant au second, M. Richelot insiste sur les avantages que l'on peut retirer de l'application de longues et fortes pinces à forcipressure pour isoler les ligaments larges et assurer l'hémostase ; point très important, car l'hémorrhagie est ici la complication la plus redoutable.

Le traitement de la plaie est des plus simples ; pas de suture ni de drainage, car les pinces à demeure assurent l'écoulement des liquides, peu abondants d'ailleurs pendant les deux premiers jours ; le vagin est de plus rigoureusement tamponné avec des boulettes de gaze iodoformée.

Professeur Gross (de Nancy) : De la taille sus-pubienne chez les enfants.

Une fillette de 13 ans s'était introduit une épingle à cheveux dans la vessie, M. le professeur Gross (de Nancy), ne pouvant retirer le corps étranger par les voies naturelles, pratiqua la taille hypogastrique, sutura la vessie et obtint une guérison très rapide. A propos de ce fait, M. le Dr Gross fait ressortir les avantages de la cystotomie sus-pubienne dans le jeune âge. Des conditions anatomiques favorisent déjà le procédé opératoire ; d'une part, la vessie a une forme allongée qu'elle ne perd que vers 14 à 15 ans ; de plus, le cul-de-sac péritonéal ne descend pas très bas. En effet, sur un enfant de 3 ans, le fond de la vessie vide remonte à 3 cent. au-dessus du pubis ; à 10 ou 12 ans, il dépasse encore de un travers de doigt et n'arrive à son niveau que vers 14 ans.

Si on remplit la vessie, le fond du cul-de-sac arrive à 30 ou 40 millimètres du pubis au-dessous de 10 ans. On pourrait donc se passer du ballon de Petersen chez les enfants, mais il donne quelques facilités de plus qu'il ne faut pas négliger. Sur 307 cas de taille sus-pubienne chez l'enfant, relevés dans les auteurs, on trouve 21 % de mortalité.

Une fois la vessie ouverte, il est très difficile d'obtenir des enfants l'immobilité que réclame le drainage vésical ou même le siphon de Périer. Aussi M. Gross n'a-t-il pas hésité à suivre la pratique de beaucoup d'opérateurs étrangers, et il a suturé la vessie. Ce procédé, d'ailleurs, est justifié par ce fait que, chez les jeunes sujets, l'urine est de bonne qualité et que l'appareil urinaire n'est pas altéré notablement. La suture vésicale n'est pas, en effet, bien dangereuse, puisque sur 40 cas où elle a été faite, chez l'enfant, on ne relève que 2 décès. Il est bon de la faire à points séparés et avec de la soie. On ne laissera point de sonde à demeure, mais on répétera fréquemment le cathétérisme pour protéger la suture contre la distension de la vessie.

Dr Reclus : Des abcès tuberculeux des bourses.

Depuis les études de Lawrence, de Jarjavay et de Deville, on avait admis que le fongus ou hernie du testicule se faisait toujours à la suite de l'ulcération tuberculeuse des bourses produite par l'extension à leurs membranes de foyers tuberculeux de l'épididyme. M. le Dr *Reclus*, dont on connaît les travaux sur la tuberculose testiculaire (1876), vient de démontrer qu'il faut établir une distinction entre les faits jusqu'ici observés. Dans deux cas il a vu le testicule et l'épididyme parfaitement sains faire hernie par la partie *antérieure* ou *externe* des bourses à la suite d'abcès produits par des gommes tuberculeuses des couches cutanées du scrotum ; abcès qui avaient détruit un point assez étendu du sac scrotal et laissé une brèche à travers laquelle l'organe faisait hernie.

Dans les cas où la lésion siège d'abord à l'épididyme, les fistules se produisent par adhérence des bourses à l'organe malade et alors elles s'ouvrent le plus souvent en arrière et en dedans du testicule.

Cette localisation exacte des abcès de la paroi scrotale justifie la pratique de Syme (d'Edimbourg), qui résèque ces trajets fistuleux, suture les lèvres de la perte de substance et obtient ainsi la guérison sans que le testicule fasse hernie.

Discussion sur les résections orthopédiques.

Un certain nombre de membres du congrès ont apporté d'intéressants documents sur cette question. Les résections *orthopédiques* sont celles que l'on pratique pour remédier aux difformités congénitales ou acquises des jointures ; ce sont donc des opérations tout à fait différentes des résections pour *traumatisme* ou pour lésions articulaires d'ordre *pathologique*, mais non encore éteintes. Mais la résection, opération sanglante, a été remplacée par certains praticiens par l'*ostéoclasie*, et on a pu assister à la lutte entre les partisans des deux méthodes.

Pour le *coude*, M. le Dr *Pozzi* présente deux malades auxquels il a fait la résection pour des ankyloses ; les articulations se sont reformées, les mouvements sont solides, résultat superbe. Il en est de même pour le réséqué de M. *Lagrange* (de Bordeaux), qui fait observer qu'il est utile de soumettre le membre opéré au massage, aux douches, à l'électricité si l'on veut recouvrer les mouvements. M. le Dr *Mollière* (de Lyon), défenseur de l'ostéoclasie, admet que pour le coude aucune méthode ne saurait remplacer la résection sous-périostée.

A la *hanche*, on peut être appelé à intervenir pour traiter une luxation pathologique rendant le membre impuissant ; dans un cas de ce genre, M. *Lagrange* a pratiqué la résection de la tête fémorale, creusé un cotyle dans l'os iliaque et soudé les deux os au moyen de broches d'acier : bon résultat.

M. *Mollière*, dans les *ankyloses* de la hanche pratique l'ostéoclasie sous-trochantérienne. Le professeur *Ollier* serait assez partisan de l'ostéoclasie dans les ankyloses par suite de traumatisme, mais il préfère *l'ostéotomie* sous-trochantérienne dans les ankyloses consécutives à l'arthrite tuberculeuse, craignant moins de réveiller par cette méthode des foyers pathologiques endormis, et que les violences de l'ostéoclasie pourraient exciter.

Dans l'ankylose du *genou*, *Mollière* traite toutes les formes par l'ostéoclasie ; *Ollier* l'admet pour l'ankylose à angle obtus, mais préfère la section osseuse quand les deux os forment un angle droit ou aigu.

Le traitement des *pieds-bots* est encore revenu sur le tapis. M. *Mollière* traite le varus équin congénital par l'ostéoclasie du tarse qu'il complète par des ruptures sus-malléolaires et même fémorales quand l'axe du membre est tordu sur lui-même. D'autre part, M. *Martin* (de Genève) pense que le traitement orthopédique, les manipulations et l'électricité suffisent chez les enfants ; la ténotomie même ne doit se faire que si le pied-bot n'est pas réductible par les efforts combinés des deux mains. Cependant il faut savoir qu'il est des pieds-bots congénitaux invétérés, ou des pieds-bots traumatiques qui résistent à tous ces moyens ; c'est là que l'os-

téotomie combinée avec les sections tendineuses, s'il est nécessaire, reprend ses droits.

Le Dr *Vastin* (d'Angers) a pratiqué deux fois la résection cunéiforme du tarse chez des sujets de 25 ans et de 13 ans; les moules qu'il présente montrent la perfection des résultats.

D'autre part, M. le professeur *Gross* qui, au premier congrès, avait rapporté ses opérations d'extirpation de l'astragale et de résection tarsienne, annonce que le succès de ses interventions s'est maintenu et que ses opérés se servent très bien de leurs pieds.

Dr Routier : Danger des injections sous-cutanées de morphine dans l'étranglement herniaire.

Le Dr *Routier* a signalé un fait très important en pratique chirurgicale. Il eut à soigner, il y a quelque temps, une malade atteinte de hernie ombilicale étranglée depuis *cinq jours*.

Un médecin avait essayé le taxis et, n'y pouvant réussir, avait administré à sa malade des injections de morphine qui avaient calmé les phénomènes angoissants de l'étranglement sans faire disparaître celui-ci. Quand M. Routier voulut pratiquer la kélotomie, il trouva une gangrène de 75 cent. d'intestin. La malade mourut. Ce fait montre que l'on ne doit point se fier aux moyens médicaux pour faire cesser les accidents d'étranglement herniaire ; on reste dans une fausse sécurité et, quand on opère, il est trop tard. « Une hernie qu'un taxis modéré « ne réduit pas, doit être traitée par la kélotomie. »

Dr Barette.

TRAVAUX ORIGINAUX

La méthode des injections rectales gazeuses dans la laryngite simple inflammatoire et tuberculeuse, les ulcérations des voies respiratoires, la pharyngite, etc., par le Dr L. Bergeon, agrégé libre de la Faculté de Médecine de Lyon (1).

Les manifestations inflammatoires simples ou tuberculeuses des voies respiratoires supérieures sont en général accessibles à la vue, soit directement, soit à l'aide du laryngoscope, et peuvent être traitées directement par une médication locale : cautérisations, modificateurs topiques, pulvérisations, etc.

Cette intervention directe sur les parties malades n'est pas toujours suivie de succès : elle impose très souvent des souffrances inutiles aux malades et, lorsque la laryngite est de nature franchement tuberculeuse, la récidive est la règle, la maladie devient rebelle et l'ulcération détruit les tissus, malgré les moyens employés.

Ayant eu l'occasion de soigner un grand nombre de phthisiques atteints de différentes variétés de « phthisie laryngée », j'ai été conduit par l'observation à abandonner le traitement local et à le remplacer par la méthode des lavements gazeux. J'ai toujours obtenu par ce moyen la cessation rapide des douleurs de la gorge, la disparition des spasmes et enfin la cicatrisation complète des ulcérations.

Je pourrais citer beaucoup d'observations ; je préfère soumettre à votre examen une malade qui est aphone par suite de la destruction de ses cordes vocales. Cette destruction avait déjà eu lieu en janvier dernier, lorsque cette malade est venue me demander des soins à la dernière période d'une phthisie héréditaire.

Les douleurs de gorge étaient tellement violentes à cette époque que cette pauvre femme restait quelquefois jusqu'à trois jours de suite sans manger, pour éviter les douleurs de la déglutition.

Dès les premiers jours du traitement par les lavements gazeux, les douleurs de gorge ont diminué et, en deux ou trois semaines, nous obtenions le commencement de la cicatrisation de ces ulcères, cicatrisation qui s'est parfaitement maintenue depuis 8 mois, malgré l'état de ses poumons qui sont le siège, ainsi que vous pourrez le constater, d'énormes excavations.

Malgré cette déperdition considérable de substance organique que l'on peut évaluer à la moitié du parenchyme pulmonaire, cette femme vient de faire le voyage de Lyon ; elle a passé ici huit jours, s'est soumise très souvent à l'examen médical (1) et elle affirme qu'elle ne s'est jamais sentie mieux portante.

Résultats de la méthode des lavements gazeux dans la phthisie aiguë, phthisie à forme pneumonique, phthisie galopante, granulie.

Dans ces affections dont le pronostic est toujours si grave, les lavements gazeux font tomber très rapidement la température, le chiffre des pulsations, et amènent en quelques jours la disparition des sueurs et une telle diminution de la toux et de l'expectoration que les malades se considèrent comme guéris après 15 ou 20 jours de traitement ; mais si on a soin de prolonger l'usage des lavements gazeux, on arrive sinon à la guérison de la maladie, du moins à l'arrêt de son évolution.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Honoraires médicaux devant un juge de paix.

La Villeneuve, le 28 octobre 1886.

Mon cher confrère,

« J'ai été appelé au mois de février dernier chez un de mes clients, demeurant à 8 kilomètres, pour accoucher sa dame primipare. Averti à 6 heures du soir, je suis rentré souper après avoir examiné la dame, puis je suis revenu à 8 heures, laissant mon domestique et mon cheval à l'hôtel; je suis resté jusqu'à 6 heures le lendemain matin, après avoir terminé, à 4 heures, l'accouchement, par une applica-

(1) Académie de médecine, séance du 2 novembre.

(1) Elle a été présentée également à la Société anatomique.

tion de forceps au détroit supérieur. L'enfant, une forte fille, est venue au monde avec un bec-de-lièvre, au grand désespoir des parents qui ne m'ont pas laissé tranquille que je ne l'eusse opérée; j'ai procédé à l'opération quelques jours après la naissance, et, malgré tous mes soins, je n'ai pu obtenir la réunion. (J'avais prévenu les parents de la possibilité de l'échec.) Au bout de trois mois, sur la demande du père, j'ai envoyé ma note, se décomposant ainsi : 13 visites, 65 fr. Accouchement la nuit avec forceps, 50 fr. Opération du bec-de-lièvre, 40 fr. Tête-relle et remèdes, 4 fr. 50. Etonnement du père trouvant que je devais 9 visites gratuites pour l'accouchement et enfin qui refuse de me payer. Je suis obligé de l'assigner, et voici le jugement rendu par le juge de paix.....

« Ce jour,... 1886. Nous, juge de paix, considérant que le sieur R.., docteur-médecin, commune de X.., réclame par sa citation du 10 courant enregistrée, au sieur Y., propriétaire-cultivateur à X.., la somme de 160 fr. pour soins donnés en février et mars dernier à sa femme et à son enfant ;

Considérant que cette somme se décompose ainsi :

1° Accouchement de la femme, 50 fr.

2° Opération du bec-de-lièvre, 40 fr.

3° Visites et remèdes, 69 fr. 50.

Considérant que Y. a offert spontanément au docteur R., la somme de 113 fr. ; qu'il a renouvelé cette offre lors de la comparution sur avertissement et enfin à l'audience du 13 courant, à laquelle les parties ont présenté respectivement leurs observations ;

Considérant qu'il y a lieu, par suite, d'examiner d'après les dires et reconnaissances tant du demandeur que du défendeur, si, d'une part la demande est ou n'est pas exagérée, et si d'autre part l'offre est ou n'est pas suffisante ;

Considérant en ce qui concerne le 3e article du compte, porté pour la somme de 69 fr. 50, qu'il y a lieu de l'admettre intégralement, rien n'autorisant à supposer que le médecin ait indiqué un nombre de visites supérieur à celles qu'il aurait réellement faites.

Mais, en ce qui touche les nos 1 et 2 de la réclamation, considérant qu'il est de toute justice que les honoraires du médecin soient en rapport avec la position de fortune du malade, les soins donnés et le *résultat obtenu* ; que le docteur R., reconnaissant lui-même : 1° que l'accouchement de la femme Y., bien qu'avec application du forceps, a eu lieu dans de bonnes conditions, *sans plus de difficultés et sans l'obliger à demeurer auprès d'elle plus longtemps que ne le comporte un accouchement ordinaire (erreur)*. 2° Que l'opération du bec-de-lièvre chez un enfant de quelques jours était une opération des plus simples et ne présentant aucun danger (*c'est assez joli*), ne nécessitant l'emploi d'aucun instrument (*par l'opération du St-Esprit probablement*), qui s'est faite en 10 minutes au plus et qui d'ailleurs, n'ayant point réussi, est à recommencer ! Considérant que dans ces conditions les honoraires réclamés par le docteur R., établi dans une *commune rurale* (à 300 mètres, il est vrai, d'une ville où le médecin a habité 15 ans), sont évidemment exagérés et que cette appréciation s'impose surtout quand on sait qu'ils dépassent sensiblement ceux demandés par tous les médecins de la région (*erreur*);

Considérant qu'en allouant au demandeur, en outre des 69 fr. 50 pour visites, une somme de 40 fr. pour accouchement et une autre somme de 25 fr. pour la *petite opération* de l'enfant, soit au total 134 fr. 50, il sera suffisamment et *largement* rémunéré des soins donnés à une famille qui vit surtout du sol qu'elle exploite (*je crois bien, le plus beau terrain de la commune*, avec maison, salon et chambres meublées comme à la ville) ; considérant enfin, quant aux dépens, qu'ils ont été occasionnés tant par la demande exagérée de l'une des parties, que par l'offre jugée insuffisante de l'autre. Par ces motifs, statuant contradictoirement et en premier ressort,

Condamnons le sieur Y., à payer au docteur R., la somme de 134 fr. 50 pour les visites sus-énoncées, et disons que les dépens liquidés à la somme de 12 fr. 50, coût du présent, seront supportés moitié par les parties, le retrait du dit jugement devant rester à la charge exclusive de celle qui donne lieu.

Ainsi jugé et prononcé ! »

— M. le Dr R... va interjeter appel, après avis du syndicat dont il fait partie. Sa demande est si modeste, que le résultat de l'appel doit lui donner satisfaction.

La Caisse des pensions du Corps médical belge.

La Caisse des pensions compte en ce moment 327 médecins, 115 pharmaciens et 53 médecins vétérinaires, soit un total de 495 membres effectifs, sur 708 inscriptions depuis la fondation de la Caisse.

Les recettes pour cotisations et intérêts des valeurs du 1er août 1885 au 31 juillet 1886 se sont élevées à 67,835 fr. 56. En déduisant de cette somme le sixième qui doit s'ajouter au fonds inaliénable, soit 11,305 fr. 93 c. et 3,929 fr. 70 c. pour les frais d'administration, il reste à partager entre les 122 ayants droit représentant 1,282 demi-parts : 52,599 fr. 93 ; soit 41 fr. 01 c. par part, pour une pension entière.

Le Comité a accordé, pendant l'exercice écoulé, à concurrence d'une somme de 640 francs, différents secours : à quatre veuves d'anciens participants qui, malgré leurs pensions, n'avaient qu'une existence précaire ; à la veuve d'un médecin qui n'a pas été affilié ; à un pharmacien non affilié, momentanément dans le besoin ; et à un pharmacien, ancien participant, déchu de ses droits pour non-paiement de ses cotisations.

Le bilan de l'exercice 1885-1886, arrêté au chiffre de 728,293 fr. 38 c. par le Comité-Directeur le 4 août et approuvé le 31 août dernier par le Conseil d'Administration, a été ratifié à l'unanimité par l'assemblée générale du 26 septembre 1886.

REVUE D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE

Du cancer utérin pendant la grossesse et l'accouchement.

(*Suite*) (1).

Quand la grossesse compliquée de cancer se termine par un avortement, l'expulsion du fœtus se fait généralement sans difficulté ; de même, dans les cas où l'accouchement s'est terminé spontanément et sans complications, bien que la dégénéres-

(1) Thèse d'agrégation, 1886. Paris.

cence cancéreuse fût très étendue, c'est que le travail a eu lieu prématurément ; mais, lors même qu'il y a accouchement prématuré, le travail peut être fort long et ne se terminer qu'au prix de nombreuses déchirures.

IV

Toutes les difficultés qui entourent le *diagnostic* du cancer à son début, semblent encore s'accroître quand il y a grossesse : les douleurs abdominales se répétant sous forme de crises pénibles, l'abondance des pertes blanches, les hémorrhagies qui constituent, en dehors des signes locaux, de bons symptômes du cancer utérin, peuvent se rencontrer dans le cours d'une grossesse normale. Il n'est pas jusqu'au mauvais état général des cancéreuses qu'on ne puisse mettre, faute d'examen complet, sur le compte seul de la grossesse. Les renseignements fournis par l'examen direct du col utérin peuvent même n'être pas nets : parfois, en effet, on observe pendant la grossesse des ulcérations, plus rarement des végétations du col de nature bénigne, et le cancer, à son début, peut présenter les mêmes caractères. La confusion est encore rendue plus facile par le ramollissement que subissent les tissus infiltrés de cancer. La certitude du diagnostic serait pourtant extrêmement importante, puisque les interventions opératoires auront d'autant plus de chances de réussir, qu'elles seront faites de très bonne heure. A défaut de la clinique, l'examen microscopique d'un fragment excisé du tissu malade peut donner des renseignements précieux. M. Bar, tout en regrettant que ce moyen d'exploration ne soit que trop rarement mis en pratique, reconnaît qu'il est parfois insuffisant pour faire un diagnostic précoce.

Le diagnostic devient plus facile lorsque les lésions sont très développées, lorsque le cancer a envahi une grande partie du col ; l'examen direct des organes atteints ne laisse généralement aucun doute. Toutefois, les hémorrhagies ont pu faire croire à l'existence d'un placenta prœvia, d'autant que certains accoucheurs ont cru reconnaître des cotylédons placentaires dans les masses cancéreuses. La difficulté devient encore plus grande lorsque, comme dans les cas de Fische, il y a en même temps cancer du col et placenta prævia. On a même confondu à cause de sa forme bizarre la tumeur cancéreuse avec une petite partie fœtale.

L'erreur inverse a été commise : on a cru à la présence d'un cancer qui n'existait pas, soit qu'il y eût présence de brides cicatricielles sur le col, soit qu'il y eût simplement rigidité de l'orifice.

La présence d'un cancer du col peut rendre le diagnostic de la grossesse très difficile : les hémorrhagies dues au cancer peuvent se présenter avec une certaine intermittence, simuler les règles et faire méconnaître la grossesse. Friedenburg a même rapporté un cas dans lequel il y avait à la fois cancer du col, grossesse et rétroflexion : la grossesse fut méconnue jusqu'au moment où le fœtus fut expulsé. Lorsque le diagnostic de la grossesse est certain, on doit rechercher quel est l'état de l'enfant, son degré de développement, et préciser la gravité des accidents éprouvés par la mère.

Le *pronostic* est grave ; la mortalité paraît être plus grande quand l'accouchement a lieu prématurément ou à terme, que dans les cas où il y a avortement ; la mort peut survenir pendant la suite des couches soit par infection, soit par hémorrhagies liées à la chute des eschares. Quand la dégénérescence cancéreuse siège sur la lèvre antérieure du col, surtout si elle envahit la paroi vaginale, des plaques de gangrène existent sur les tissus comprimés entre la tête fœtale et la face postérieure du pubis et peuvent donner lieu à des fistules graves. L'action fâcheuse causée par le traumatisme de l'accouchement est certaine : la marche du cancer, qui était devenue plus rapide pendant la grossesse, se précipite ordinairement après l'accouchement, sauf quand il y a eu opération césarienne.

V

Quel est le traitement du cancer utérin pendant la grossesse ? Avant d'entreprendre une intervention même bénigne, on doit toujours comparer avec soin les avantages qui peuvent être obtenus pour la mère et les dangers qu'elle peut faire courir au fœtus. Ce n'est donc qu'avec de grandes réserves, dans certains cas rares et lorsque le diagnostic est nettement posé, qu'on peut avoir recours à l'un des modes opératoires suivants :

1° Interrompre la grossesse en provoquant l'avortement ou l'accouchement prématuré ;

2° Pratiquer l'amputation du col ;

3° Pratiquer l'extirpation de l'utérus.

Les auteurs qui ont préconisé l'avortement ou l'accouchement provoqués dans le cas de cancer utérin pendant la grossesse, se sont laissé guider par des indications fort différentes : les uns veulent lutter contre l'extension rapide de la tumeur et ne s'occupent nullement de la vie de l'enfant ; les autres cherchent à éviter les difficultés qui se produisent quand l'accouchement a lieu à terme ; d'autres pensent diminuer par l'accouchement prématuré provoqué les chances de mort du fœtus pendant le travail. Un certain nombre provoquent l'interruption de la grossesse, afin de pouvoir faire une opération curatrice, soit l'amputation du col, soit l'excision totale de l'utérus. M. Bar montre que les résultats obtenus sont loin d'être satisfaisants ; qu'il n'est pas toujours facile de provoquer l'accouchement à cause des lésions du col et que d'une manière générale, en intervenant, on nuit presque toujours au fœtus sans obtenir de bons résultats pour la mère.

L'amputation du col, pratiquée pendant la grossesse, lors même qu'elle est faite suivant les règles de la méthode antiseptique, peut compromettre la grossesse ; dans un tiers des cas au moins, la grossesse est interrompue ; lorsqu'elle continue, les malades éprouvent un soulagement marqué ; les cicatrices résultant de l'amputation du col peuvent devenir une cause de dystocie ; dans un tiers des cas où la grossesse ne s'est terminée qu'après le terme de la viabilité du fœtus, l'enfant était mort-né. Quand le

cancer s'est développé sur la paroi du canal cervical, l'amputation du col ne peut permettre d'exciser tous les tissus atteints ; il vaut donc mieux s'abstenir et recourir à un traitement palliatif qui compromette moins la grossesse. Si le cancer s'est développé sur la portion vaginale, l'amputation ne sera que palliative et si le néoplasme paraissait évoluer vite, la récidive sera toujours très rapide. Toutefois, lorsque le cancer est limité, quand le fœtus est viable, on peut parfois tenter une opération qui permet peut-être d'exciser toutes les parties malades, au risque de voir le fœtus naître prématurément.

Il est en tout cas bien difficile de se prononcer actuellement sur la valeur des opérations radicales d'extirpation d'utérus cancéreux *gravide*, soit par la voie abdominale (méthode de Freund), soit par la voie vaginale, après avoir ou non provoqué préalablement l'expulsion de l'œuf. Si l'hystérectomie vaginale précoce compte avec raison chaque jour de nouveaux partisans, lorsqu'il s'agit d'un cancer de l'utérus au début, il est certain que la présence du fœtus, l'état de grossesse constituent des éléments qui peuvent modifier la conduite du chirurgien.

« Aussi, dit M. Bar, dans l'état actuel de la science, il faut s'abstenir de toute intervention dont la nécessité n'est pas absolue et traiter les accidents dus au cancer. » Il faut lutter, à l'aide des moyens habituels, contre les douleurs, les pertes blanches, les hémorrhagies et soutenir le plus possible les forces des malades. S'il existe une hémorrhagie grave, on pourra s'adresser au tamponnement, au grattage de la plaie cancéreuse, cautériser les végétations soit avec le fer rouge, soit avec un caustique. Le tamponnement aura seulement une action très passagère ; quand le cancer est étendu, son emploi n'est pas exempt de dangers.

Si l'épuisement de la malade arrivait à un degré qui rendît la mort certaine et imminente, on ne devrait pas hésiter à recourir à l'opération césarienne, pourvu que l'enfant fût vivant et viable.

VI

Il est impossible de fixer d'une manière absolue la conduite à tenir *pendant le travail de l'accouchement*, quand il y a cancer ; toutefois, M. Bar pose d'une manière générale les règles de conduite suivantes, en distinguant trois cas.

Premier cas. — *Le col n'est pas dilaté.*

A. *Le foetus est vivant.*

Le plus souvent il faut s'en tenir à l'expectation ; les procédés qui permettent d'agir sur les contractions utérines en les rendant plus vives, la dilatation du col avec les doigts, l'éponge préparée, la laminaria, les ballons de Barnes, etc., n'ont ici que peu d'efficacité et présentent de graves inconvénients. Sauf quelques cas rares, où le col est à peine envahi par le cancer, où les ballons pourront rendre quelques services, il ne faut recourir à aucun de ces procédés. Les incisions doivent être également rejetées. L'extirpation de la tumeur cancéreuse pourra être utile, mais dans le cas seulement où on pourra enlever la plus grande partie des tissus dégénérés.

Si quelque accident grave apparaît chez la mère, si le fœtus souffre, l'expectation n'est plus permise ; c'est à l'opération césarienne que l'on devra recourir. Les incisions, l'extraction forcée du fœtus ne donneront que des résultats peu favorables.

B. *Le fœtus est mort.*

Ne rien faire si l'enfant est mort, si l'état général de la mère est bon, s'il n'y a pas menace de rupture, s'il n'y a pas putréfaction fœtale ; il faut au contraire intervenir si la femme s'épuise, si l'utérus menace de se rompre, si quelques signes de putréfaction intra-utérine apparaissent. Quant au mode d'intervention, il faut tenir compte de la présentation du fœtus, de la résistance et de l'épaisseur des parois du col, du degré d'obstruction de la filière pelvienne.

Deuxième cas. — *La dilatation a commencé, mais est loin d'être complète.*

A. *Enfant vivant.*

Si le cancer n'occupe qu'une partie du col, les ballons de Barnes pourront rendre des services, surtout si la présentation n'est pas celle du sommet.

Si quelque complication (hémorrhagie, etc.) oblige à terminer l'accouchement, la conduite à tenir est très délicate : s'il y a rupture utérine, si le fœtus se présente par le siège ou l'épaule, si même il y a présentation du sommet et que la dilatation soit peu avancée, si la tumeur obstruant l'excavation est volumineuse, on aura recours de préférence à l'opération césarienne.

Si la dilatation est assez avancée, avec une présentation du sommet, on peut avoir recours, suivant les cas : aux incisions suivies d'une application de forceps, ou à l'extraction forcée avec le forceps, ou plus rarement à l'ablation de la tumeur.

B. — *Enfant mort.*

Attendre si aucun accident grave ne survient. S'il est indiqué de terminer rapidement l'accouchement, on pratique l'embryotomie, à condition qu'on puisse extraire le fœtus sans amener de trop grands délabrements. La laparotomie sera préférée dans le cas de rupture utérine ou si la présentation du fœtus et le volume de la tumeur rendaient l'embryotomie d'une exécution presque impossible.

Troisième cas. — *La dilatation est complète ou presque complète.*

On intervient pour terminer rapidement l'accouchement, on rompt les membranes, que le fœtus soit mort ou vivant.

Si le fœtus est vivant, on n'aura pas recours à la version qui ne peut qu'être défavorable au fœtus, on emploiera le forceps. On pratiquera au besoin des incisions si une bride de tissu s'opposait à l'extraction.

Si le fœtus est mort, faire de suite l'embryotomie, pour peu qu'on prévoie une difficulté pendant l'extraction.

Quand l'accouchement se fait avant terme, on ne doit pas oublier que le petit volume du fœtus rend possible l'extraction par les voies naturelles, alors qu'elle eût été impossible, si l'accouchement s'était fait à terme.

Dans l'avortement, le fœtus n'étant pas viable, il faut surtout prendre l'intérêt de la mère ; il est plus rare que l'extraction du fœtus par les voies génitales ne soit pas possible.

Lorsque l'accouchement est terminé, il faut redouter les hémorrhagies de la délivrance ; elles ne sont pas toujours dues à l'inertie utérine ou à un décollement incomplet du placenta. Souvent le sang vient des déchirures du col : l'application de pinces sur les points qui saignent, le fer rouge, la compression devront être employés.

Il est bon d'enlever, de peur qu'ils ne se sphacèlent, les lambeaux cancéreux qui ont été arrachés en partie pendant l'accouchement.

Enfin, quels que soient l'état du cancer, l'époque de la grossesse à laquelle a lieu le travail, il faut redoubler de précautions antiseptiques au moment de l'accouchement et pendant les suites de couches, les chances d'infection sont en effet augmentées par l'étendue des plaies et par le mauvais état général de la femme.

G. Lepage.

BULLETIN DES SYNDICATS

ET DE

L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat médical des Vosges.

Compte rendu sommaire de la Réunion Syndicate du 11 septembre 1886.

La deuxième réunion annuelle des membres de l'Association Syndicale des Médecins des Vosges a eu lieu à Bussang, Hôtel des Sources Minérales, le samedi 11 septembre 1886, à 11 heures du matin.

MM. les Drs Lardier, *Président*, Chavanne, *Vice-Président*, Lahalle, *Secrétaire-Trésorier*, prennent place au bureau.

Assistent à la séance : MM. les Drs Bailly, de Bains ; Zeller, Tissier et Kinsbourg fils, de Remiremont ; Ancel et Couturier, d'Épinal ; Parisot et Brallet, du Thillot ; Kuhn, de Rupt ; Bornèque, de Bussang ; Grellot, de Giromagny ; Fournier, de Rambervillers ; Daviller, de Plombières ; Greuell, de Gérardmer ; Gaillemin, de Vagney ; Frebillot, de Mirecourt ; Weil, de Charmes ; Brongniart, de Contrexéville ; Liégeois, de Bainville-aux-Saules.

MM. les Drs Pernet, de Rambervillers ; Guyon, de Remiremont ; Klée, de la Bresse ; Rousselot, de Saint-Dié ; Vuillemin, d'Epinal ; Marc, de Vittel et Me Maud'heux, notre conseil judiciaire, se sont excusés de ne pouvoir assister à la réunion.

MM. les Drs Kinsbourg fils, de Remiremont, et Brongniart, médecin aux eaux de Contrexéville, sont admis à faire partie de l'Association syndicale.

ORDRE DU JOUR :

1° *L'intervention médicale des sages-femmes.*

M. le Dr Lardier lit un travail sur l'exercice de la médecine par les sages-femmes(1). Le Dr Lardier dit qu'il faut distinguer l'exercice légal de l'exercice illégal, et que c'est sur l'exercice légal de la médecine par les sages-femmes qu'il veut attirer l'attention du Syndicat. Les sages-femmes donnent, et c'est leur droit, dans la plupart des accouchements, de l'ergot de seigle ; en cela elles se figurent faire œuvre utile, tandis que leur intervention intempestive produit de nombreux accidents. Il faut donc défendre à la sage-femme l'usage de l'ergot de seigle, et rechercher les moyens propres à provoquer cette interdiction légale.

(1) Nous donnerons ce travail ultérieurement.

Le Dr Kuhn émet l'avis de s'adresser à l'Académie de médecine, qui pourra provoquer la réforme de la loi qui régit l'exercice de la médecine par les sages-femmes. Le Dr Bailly, considérant que l'emploi du seigle ergoté par les sages-femmes vient d'une instruction mal dirigée, demande qu'on s'adresse à la Faculté de Médecine de Nancy, chargée du soin de dresser les matrones et de former les élèves. Le Dr Weil fait remarquer que la mauvaise direction donnée aux études faites par les sages-femmes vient uniquement des maîtresses attachées à la Maternité, maîtresses qui ne songent qu'à munir les élèves de thermomètres, seringues de Pravaz et à fausser l'instruction en faisant sortir les sages-femmes du rôle si simple qui leur est dévolu dans les accouchements.

Le Dr Liégeois approuve le travail fait par le Dr Lardier, mais réclame pour que le Syndicat ne perde pas de vue l'étude de l'exercice illégal de la médecine par les sages-femmes. Il faut, dit-il, s'élever avant tout contre l'exercice illégal, et rechercher les moyens propres à le faire cesser. Il est peu de médecins de campagne qui n'aient à se plaindre des sages-femmes ; dans beaucoup de communes elles pratiquent ouvertement la médecine. Le Dr Liégeois signale un village de sa circonscription où il n'est presque plus appelé près des malades, si ce n'est *in extremis*, parce que la sage-femme soigne indifféremment tous les cas qui se présentent.

Le Dr Lardier croit que, pour ce qui est de l'exercice illégal, une simple circulaire préfectorale, rappelant les sages-femmes au respect de la loi, aurait un grand poids sur elles.

Le Dr Zeller demande qu'on s'adresse avant tout à la faculté de Médecine de Nancy, en invitant les professeurs à soigner d'une façon spéciale l'instruction donnée aux élèves sages-femmes.

Le Dr Liégeois croit cette mesure excellente pour l'avenir, mais en tout cas inefficace pour le passé et par conséquent insuffisante. Le Syndicat doit trouver d'autres moyens pour faire cesser un état de choses qui n'a que trop duré.

Après cet échange d'observations, le Syndicat, consulté par son président, décide qu'il y a lieu de scinder la question. Pour ce qui a trait à l'exercice illégal de la médecine, le président du syndicat est chargé de s'entendre avec M. le Préfet des Vosges, et de provoquer l'envoi d'une circulaire, demandant aux sages-femmes de s'en tenir à l'exercice strict de leur profession.

Pour l'exercice légal, il y aura lieu de provoquer les réformes nécessaires, en s'adressant à la fois à la Faculté de Médecine de Nancy, à l'Académie de Médecine et à la Société de Médecine légale.

2° *La patente des médecins militaires.*

M. le Président Lardier reprend l'étude de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires. Il lit un travail remarquable sur l'imposition de la patente aux médecins militaires se livrant à

la pratique civile. Il démontre que des médecins militaires ont été et sont encore frappés de patentes, et que, presque jamais, les intéressés n'ont cherché à se soustraire à cette obligation. Il résulte, du reste, d'une lettre adressée au président du syndicat par M. le Directeur des contributions directes du département des Vosges que les médecins militaires doivent être soumis à la patente, dès qu'ils se livrent à la pratique civile, et que si tous les Médecins qui se livrent à cet exercice ne sont pas frappés de patente, cela tient uniquement à l'ignorance des agents chargés d'appliquer la loi. Le Dr Lardier signale la situation particulière dans laquelle vont se trouver nécessairement les médecins militaires faisant de la clientèle civile, puisque, payant patente, ils ne relèveront plus seulement du Ministre de la guerre, mais aussi du Ministre du commerce.

Le Dr Bailly croit qu'il est excessif de défendre l'exercice de la médecine civile aux médecins militaires; il serait plus rationnel de mettre les médecins civils à même de lutter avec leurs confrères militaires en enlevant les patentes. Le Dr Couturier ne partage pas les vues du Dr Bailly.

« Pour que la concurrence soit légitime, dit-il, « il faut que les conditions de la lutte soient les « mêmes ; or, il est facile de démontrer que cette « égalité n'existe pas. Les médecins militaires ont « un rôle déterminé, dont ils ne doivent pas sortir, et « ce pour des raisons qu'il a déjà fait valoir dans « une lettre adressée au bulletin, et qui a été insérée. ».

Le Dr Greuell croit que patenter les médecins militaires, c'est reconnaître leur droit à l'exercice de la médecine civile ; ce serait donc là prendre un mauvais moyen.

Le Dr Weill est d'avis de s'adresser au Médecin Inspecteur du service de santé. Le Dr Bailly conseille également d'avoir recours à notre concitoyen M. Boutin, Inspecteur général des Contributions, dont les conseils et la légitime influence pourront être d'une grande utilité pour aider le Syndicat des Vosges à résoudre la question difficile de la pratique civile par les médecins militaires.

Le Syndicat s'associe à l'idée émise par le Dr Bailly, et charge son bureau de faire le nécessaire pour arriver au résultat souhaité.

3° *Le procès du Havre.*

Le bureau de l'Union des Syndicats avait fait appel à notre Société, en la priant de vouloir bien contribuer, dans la mesure de ses moyens, aux frais du procès du Havre. Nos confrères savent que ce procès avait été intenté par suite du refus, fait par un médecin du Havre, de délivrer un certificat constatant la maladie dont était mort un de ses clients, assuré à la Cie Le Monde.

Le procès s'étant terminé à l'avantage de notre confrère, la demande faite par l'Union des Syndicats devient sans objet.

4° *Examens et rapports médicaux exigés par les Cies d'Assurances sur la vie.*

Le Syndicat décide que le prix du certificat réclamé par les Compagnies d'assurances sur la vie sera fixé de 10 à 20 francs, lorsque des analyses d'urine seront exigées, et charge son bureau d'avertir les Compagnies de la résolution prise par l'Association Syndicale.

5° *Questions diverses.*

M. le Dr Lardier exprime le désir qu'une commission dite *d'Initiative* soit constituée dans le sein du Syndicat, afin que le bureau puisse résoudre, avec son concours, les questions urgentes qui ne sauraient être soumises à l'une des deux réunions annuelles. MM. les Drs Ancel et Couturier d'Epinal, Thomassin, de Xertigny et Eury, de Charmes sont désignés pour faire partie de la Commission consultative. . . . .

6° *Compte rendu financier.*

Le Secrétaire-Trésorier a la parole pour donner lecture du compte-rendu financier de l'Association Syndicale. . . . .

Aucune autre question ne se trouvant à l'ordre du jour, la séance est close, et la section scientifique donne lecture des communications adressées par les confrères.

NOUVELLES

Hôpital des enfants malades. — Le docteur Jules Simon commencera ses conférences de thérapeutique infantile le mercredi 17 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure.
Le samedi, consultation clinique.

Clinique des maladies des enfants. — M. le professeur Grancher a commencé le cours de la clinique des maladies des enfants le samedi 6 novembre 1886, à 10 heures, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : Mardi, leçon clinique dans les salles ; jeudi, leçon d'anatomie pathologique dans le laboratoire ; samedi, leçon à l'amphithéâtre.

Les lundi, mercredi et vendredi sont consacrés : le lundi, aux maladies des yeux et des oreilles ; le mercredi à l'électrothérapie ; le vendredi, aux maladies de la peau.

— M. Planchon a été nommé, pour trois ans, directeur de l'école de pharmacie de Paris.

— Par arrêté ministériel, le nombre des exemplaires de thèses dont le dépôt par le candidat est obligatoire, est fixé comme suit pour la durée de l'année scolaire 1886-87 :

Faculté de médecine de Paris 165
Facultés de médecine des départements . . 130

— Par arrêté ministériel, M. Dureau est nommé bibliothécaire en chef de l'Académie de médecine.

NÉCROLOGIE

Louis Mialhe, pharmacien à Paris, membre de l'Académie de médecine, né à Vabre (Tarn) en 1807, fut reçu pharmacien en 1836, docteur en médecine en 1838 et agrégé à la Faculté de médecine en 1839. Parmi ses travaux communiqués surtout à l'Académie de médecine et à l'Académie des sciences, nous citerons : Recherches sur les mercuriaux (1842) ; Recherches thérapeutiques et toxicologiques sur les préparations de plomb (1842) ; Nouvelle théorie du diabète (1844) ; Traité de l'art de formuler (1845) ; Déjection et assimilation des matières albuminoïdes (1846) ; Rôle de l'oxygène dans l'économie animale (1850) ; Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique (1855) ; Coup d'œil sur le passé et l'avenir de la pharmacie et de la thérapeutique (1873), etc.

— J.-B. Decès, professeur honoraire à l'Ecole de médecine de Reims, correspondant de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, âgé de 82 ans.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

Huitième année N° 47 20 Novembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE & DE CHIRURGIE

Organe de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

DIRECTEUR : Dr A. CÉZILLY

ABONNEMENTS
France et étranger, un an....... 20 fr.
Pour MM. les étudiants, un an.... 5 fr.
Pour les membres de la Société le Concours Médical........... 10 fr.
Prix du numéro 10 centimes.

Le CONCOURS MÉDICAL est une association de Médecins, qui s'est fondée en 1879, par l'initiative et sous la direction du Docteur Cézilly, pour l'étude et la défense des intérêts professionnels. Elle compte aujourd'hui plus de 3 000 membres. Pour en faire partie, il suffit d'adhérer aux statuts de la Société qui sont envoyés sur demande.

BUREAUX et ADMINISTRATION
Librairie du CONCOURS MÉDICAL. — G. STEINHEIL, éditeur
2, rue Casimir-Delavigne, 2, Paris

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

DE L'UNION DES SYNDICATS

ET DES

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

DU 7 NOVEMBRE 1886

La Société du *Concours médical* vient de tenir sa sixième Assemblée générale, depuis sa fondation.

Le dimanche 7 novembre 1886, à deux heures, soixante quinze Médecins étaient venus des points les plus éloignés de la *France*, pour participer à cette Assemblée, ainsi qu'à la réunion des Syndicats.

Comme presque tous les *Délégués des Syndicats* font partie du *Concours*, ils ont pu prendre part à l'*Assemblée générale.*

PREMIÈRE SÉANCE

Assemblée de l'UNION DES SYNDICATS

La séance des Délégués et de l'*Union des Syndicats* s'est ouverte à deux heures de l'après-midi. dans un des salons du Grand-Véfour, au Palais-Royal.

Elle a été inaugurée par le *Président de l'Union*, M. *Margueritte* (du Havre), assisté des Membres du Bureau : le *Directeur du Concours* ; M. *Milet* (de Crépy-en-Valois); M. *Destrem*,

de Paris ; M. *Barat-Dulaurier*, Secrétaire-Trésorier. M. Margueritte fait part des excuses de M. *Gibert* (du Havre), président d'honneur. Il invite M. *Chastenet*, avocat à la Cour d'appel, docteur en droit, *Conseil judiciaire* de l'Union, à s'asseoir au Bureau, et l'Assemblée nomme comme assesseurs M. *Luneau*, délégué du Syndicat de Nantes, et M. *Leroy*, d'Ecouen, président du Syndicat de Pontoise.

Le secrétaire donne lecture du nom des *Délégués présents* à la séance et il mentionne ensuite les lettres d'excuses des *Délégués empêchés* par des circonstances inattendues et les lettres des *Bureaux des Syndicats* qui, pour divers motifs, n'ont pu désigner leurs représentants.

Syndicats représentés.

Syndicat de Corbeil, Dr Loyson. — Syndicat de Nantes, Dr Luneau. — Syndicat de la Vallée de l'Aisne et de la Vesle, Dr Lécuyer. — Syndicat de Saint-Jean d'Angely, Dr Rogée. — Syndicat de Mortagne, Dr Pichard. — Syndicat de Coutras, Dr Chayron. — Syndicat de l'Arrondissement de Bordeaux, Dr Lassalle. — Syndicat du Vexin, Dr Gauthier. — Syndicat de Montaigu, Dr Mignen. — Syndicat de Verneuil, Dr Martelli. — Syndicat de Pontoise, Dr Leroy. — Syndicat de Lot-et-Garonne, Dr Constantin. — Syndicat d'Argenteuil et des environs, Dr Toussaint. — Syndicat d'Étampes, Dr Sutil. — Syndicat des Vosges, Dr Lardier. — Syndicat du Havre, Dr Margueritte. — Syndicat du XVe Arrondissement Paris, Dr Destrem. — Syndicat de Senlis, Dr Millet. — Syndicat de Compiègne, Dr Lemaire.

Le défaut d'espace ne nous permet pas de citer les noms des Syndicats qui n'avaient pu se faire représenter et en ont avisé le Président.

Rapport de M. le docteur MARGUERITTE, président de l'Union des Syndicats

Chers et honorés confrères,

Nous voici donc encore une fois réunis.

Il convient de nous en féliciter d'une manière toute spéciale ; car nous avions, l'année dernière, reçu l'aimable invitation d'avoir à nous dissoudre. Mais de cette invitation, nous n'avons tenu nul compte. Et, comme les syndicats médicaux existaient longtemps avant l'arrêt de la cour de cassation, ils ont continué de vivre après cette décision de la cour suprême, ont poursuivi leurs travaux, comme devant, et peuvent dire à leurs adversaires d'antan : « Les gens que vous tuez se portent assez bien. »

Ils se portent même si bien qu'ils ont crû et multiplié. Chaque jour, en effet, de nouveaux syndicats se fondent, et je ne sache pas qu'aucun de ceux déjà existants ait disparu.

De plus, l'accord s'est fait, plus marqué et plus franc entre l'Association générale et les Syndicats. En pouvait-il être autrement ? Non, certes, puisque les syndicats et l'Association ont pour base le même principe ; puisque l'Association générale est la résultante des sociétés locales, et que les syndicats ne sont que ces mêmes sociétés fractionnées par groupes pour l'étude et la solution des problèmes locaux qui peuvent intéresser la profession médicale.

D'ailleurs, il n'était pas douteux qu'un jour ou l'autre disparaîtrait la méfiance des premiers temps : les mêmes personnes, en effet, font partie et des Syndicats et de l'Association. On pourrait même s'étonner de ce qu'il n'y ait pas fusion complète entre les deux institutions, ainsi que nos confrères de la Haute-Loire l'avaient demandé en 1885 à la réunion générale de l'Association. Pour ma part, je crois que cette fusion se fera dans l'avenir, notamment lorsque sera modifiée la loi qui régit les sociétés de secours mutuels, et par suite l'Association générale et les sociétés locales des départements. Mais, pour le moment, l'Association doit persister ; d'autant plus que les médecins groupés sous le nom de syndicats peuvent bénéficier d'une autre législation, plus large que celle des sociétés de secours mutuels. Il n'y a donc de possible actuellement que l'*Union*, mais non la *Réunion*.

Cette union a reçu une consécration mémorable lors de la séance dernière de l'Association générale tenue les 2 et 3 mai 1886. Nous avons pu voir, en effet, l'Association générale, répondant à notre appel avec une sage lenteur, préparer et faire signer à tous les délégués présents des sociétés locales une pétition réclamant, pour toutes les professions libérales en général, et pour la profession médicale en particulier, le bénéfice de la loi du 24 mars 1884 sur les syndicats professionnels. Bien évidemment, lorsque le Parlement s'occupera de nous, notre cause sera gagnée, notre revendication étant soutenue à la fois et par l'Union des Syndicats médicaux et par l'Association générale des médecins de France, sans préjudice de l'appui donné par ceux des sénateurs ou députés qui appartiennent à notre profession. Et, ce sera l'honneur du corps médical d'avoir réclamé et obtenu le bénéfice de cette loi, non seulement pour lui-même, mais pour toutes les professions libérales sans exception.

Le mouvement qui a entraîné les médecins répandus sur toute la surface du territoire français, et les a fait répondre à l'appel d'un confrère inconnu, modeste praticien de province, a eu son retentissement à Paris même. En effet, nous avons vu l'honorable docteur Ladreit de Lacharrière convier ses confrères à la fondation d'une société de déontologie par chaque arrondissement. En avez-vous lu les statuts ? Vous avez alors reconnu un syndicat médical sous un autre nom. Cette tentative de notre confrère parisien n'a pas eu de suites, que je sache. Il est permis de le regretter, car nous eussions trouvé là de bonnes recrues pour l'Union des Syndicats.

Enfin, Messieurs, ainsi que je vous le disais dernièrement dans une circulaire, l'opinion publique, d'accord avec le bon sens, admet comme une vérité primordiale que les individus exerçant la même profession, ayant des intérêts communs, ont le droit indéniable de se réunir, de se syndiquer pour soutenir ces inté-

rets. Tout acte ayant pour but de s'opposer à l'exercice de ce droit lui semble si contraire à la nature des choses qu'elle n'en tient aucun compte et agit comme si cet acte n'existait pas.

C'est pourquoi, dans un procès récent, le tribunal civil du Havre, subissant l'influence du milieu libéral dans lequel il exerce ses fonctions, n'a pas craint de se prononcer à l'encontre de la Cour de cassation, et de juger que « un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée ».

Et ce jugement n'a pas été frappé d'appel.

C'est pourquoi le Syndicat général de toutes les Chambres syndicales de France n'a pas oublié les syndicats médicaux, et les a invités à assister au Congrès de toutes les chambres syndicales qui sera ouvert à Paris le 17 novembre prochain. Vous aurez tout à l'heure à vous prononcer sur cette question : est-il convenable et opportun pour les syndicats médicaux de prendre part à ce congrès ?

Je n'en finirais pas si je voulais rappeler toutes les circonstances dans lesquelles les diverses administrations ont recours aux syndicats médicaux, tantôt pour une chose, tantôt pour une autre.

Nous pouvons donc le dire, le proclamer bien haut : Les syndicats médicaux existent, ils existeront toujours, et, selon la parole de notre excellent ami, le docteur Barat-Dulaurier : « Si les syndicats médicaux venaient à disparaître tous aujourd'hui, ils renaîtraient tous demain sous une autre dénomination ».

L'heure nous presse, Messieurs ; je n'abuserai pas de votre bienveillante attention pour vous énumérer ce qu'ont déjà réalisé les syndicats. Lecteurs du « Concours médical », vous en trouvez l'enregistrement hebdomadaire dans les colonnes de ce journal. Mais il nous reste beaucoup de questions à étudier, de problèmes à résoudre, de résultats à obtenir, soit avec nos propres forces, soit avec le concours de l'Association générale. Il faut donc qu'un syndicat médical travaille toujours, il faut qu'il soit comme ce personnage antique dont on a dit : « *Nil actum reputans, si quid superesset agendum.* » Son mot d'ordre doit être celui de l'empereur romain : « *Laboremus.* »

Du reste ce travail sera rendu facile et agréable, pour peu que chacun veuille bien se rappeler cette parole du Docteur Cauchy (de Bapaume) : « L'organisation d'un syndicat médical consacre l'union confraternelle et la solidarité professionnelle. » (Applaudissements.)

La parole est ensuite donnée au secrétaire-trésorier, pour le compte rendu de l'exercice écoulé. M. le Dr Barat-Dulaurier s'exprime ainsi :

Rapport du Secrétaire de l'Union.

Messieurs et chers confrères,

Il y a un peu plus d'un an, nous tenions ici même notre réunion générale. Nous étions au lendemain du jour où la Cour de cassation avait rendu son arrêt dans l'affaire, désormais célèbre, de nos confrères de Domfront contre le rebouteur Launay. Les syndicats médicaux venaient de subir, devant la magistrature suprême, un dernier échec. Le conseil judiciaire de l'Association générale des médecins de France nous avait annoncé, avec les ménagements que vous savez, que les syndicats médicaux n'avaient plus qu'à disparaître ! Aussi avons-nous pu constater, alors, même parmi les adhérents à l'Union, une certaine tiédeur, un certain découragement.

On se demandait ce qu'allait devenir ce nouveau mode d'association militante, et quelques-uns, même parmi les plus fervents, n'osaient envisager l'avenir sans une certaine appréhension. Loin de partager ces craintes, nous avons eu foi en l'avenir ; nous avons entrevu avec vous la prospérité croissante des syndicats médicaux. Eh bien ! c'est avec une satisfaction profonde que nous avons constaté ce qui s'est produit depuis lors et que nous avons vu nos espérances et nos prévisions se réaliser.

Les syndicats ne se sont point dissous et, s'il est arrivé à un ou deux de remettre à des temps meilleurs la continuation de leurs travaux, presque partout les réunions ont été tenues comme auparavant, les questions d'intérêt local ont été sérieusement étudiées, sinon entièrement résolues, et les questions plus graves qui touchent aux intérêts généraux de notre profession ont été agitées comme jamais, jusqu'alors, on n'avait osé l'espérer.

C'est que, Messieurs, nous assistons, je ne dirai pas à une révolution, mais à une évolution profonde qui s'accomplit, depuis quelques années, dans le corps médical. Cette évolution qui s'effectue grâce aux syndicats, — nous avons bien le droit de le constater, avec une certaine fierté, — est due, incontestablement à la manière dont le *Concours médical*, — journal et société, — a su remuer profondément notre profession si résignée d'ordinaire.

Et comment aurions-nous pu perdre courage et nous abandonner à la désespérance ? N'avons-nous pas vu, presque partout, les diverses administrations, les autorités constituées, accueillir avec une bienveillance et une urbanité irréprochables, les délégués des syndicats chargés, par leurs confrères, de soutenir les revendications du corps médical ? N'avons-nous pas vu maints préfets nous demander des avis relativement aux différents services où le médecin est appelé à prêter son concours toujours dévoué, mais, hélas ! si mal rémunéré d'ordinaire ? N'avons-nous pas vu des membres influents du gouvernement, des ministres dont l'autorité est grande au sein du Parlement, affirmer leurs bonnes dispositions à l'égard de nos sociétés et promettre leur puissant appui aux projets de loi qui nous intéressent ? N'avons-nous pas pu constater, avec une grande satisfaction, l'empressement avec lequel l'Association générale a joint ses efforts aux nôtres pour revendiquer, en notre faveur, l'application d'une loi dont on venait de nous refuser les bénéfices ?

Aussi bien votre bureau n'est-il pas resté inactif pendant l'année qui vient de s'écouler. Les noms des nouveaux syndicats adhérents à l'Union, ont été communiqués à la préfecture de la Seine qui, malgré l'arrêt de la Cour de cassation, a enregistré sans difficulté la déclaration qui lui a été faite, preuve manifeste, ainsi que l'a fait observer notre excellent ami, M. le Dr Gibert, qu'ils peuvent fonctionner sans encombre.

Le projet de loi sur l'exercice de la médecine a été repris devant les Chambres. De nombreuses pétitions ont été recueillies par le Concours et les syndicats, qu'on ne saurait sans injustice isoler dans toutes les questions qui touchent à nos intérêts vitaux.

De nombreuses démarches ont été faites dans le but d'obtenir un article additionnel permettant explicitement aux membres des professions libérales, et aux médecins en particulier, de jouir des bénéfices de la loi du 21 mars 1884. D'un côté, les relations entamées par notre honorable Président avec les bureaux des associations appartenant aux professions libérales et avec la presse nous autorisent à compter sur une énergique intervention quand le moment favorable sera venu. D'un autre côté, trois projets de loi dont l'adoption nous donnerait une entière satisfaction, ont été successivement déposés par M. Lyonnais, député de la Seine-Inférieure, par M. Colfavru, député de Seine-et-Oise, et par un de nos honorables confrères, le Dr Dupuy de Vervins, député de l'Aisne et membre d'honneur du syndicat médical d'Aisne et Vesle. Nous avions espéré le voir aujourd'hui assister à cette réunion ; mais des devoirs d'ordre politique le retiennent en ce moment dans son département.

Il appartient à chacun de nous d'agir près des membres du Parlement sur lesquels nous pouvons exercer une certaine influence pour les intéresser à une cause juste par-dessus toutes, puisque nous revendiquons, pour nous, ce qu'on accorde à toutes les professions, c'est-à-dire, non point une faveur, non point un privilège, mais simplement le droit commun ! Si nous voulons fermement combiner nos efforts, soyez-en bien convaincus, nous verrons bientôt luire le jour où on ne refusera plus aux membres du corps médical ce que l'on accorde aux professions manuelles.

Le 4 novembre 1885 votre trésorier adressait à M. le Dr Barrabé la somme de 268 francs pour liquider définitivement les dépenses qu'avait entraînées le procès de Domfront. L'Union a donc déboursé dans cette affaire la somme totale de 1801 fr. 41.

Quelques mois étaient à peine écoulés, depuis cette époque, qu'un nouveau procès devenait imminent. En effet, dans la séance du bureau de l'Union du 1er mai dernier, notre honorable président, M. le Dr Marguerite, nous exposait la situation faite au Dr Boutan, membre du Syndicat du Havre, par suite des exigences inconcevables des ayants cause d'un client décédé auxquels il refusait de remettre un certificat faisant connaître la cause du décès du défunt. Le Syndicat du Havre, antérieurement, et après une étude approfondie, avait décidé que ses membres devaient refuser ces sortes de certificats, destinés à être remis aux compagnies d'assurances sur la vie. Aussi avait-il été appelé en garantie par notre honorable confrère. Le Syndicat demandait l'appui moral et matériel de l'Union.

Votre bureau, à l'unanimité, pensa qu'il y avait lieu de poursuivre cette affaire, aux frais de l'Union. C'était affirmer et l'existence des Syndicats et leur droit à s'unir, conformément à la loi du 21 mars 1884. C'était surtout démontrer la solidité des liens de solidarité qui nous unissent. L'appel que nous avons adressé, à cette occasion, aux Syndicats, a été entendu et nous a prouvé que nous avions raison de compter sur les sentiments de bonne confraternité des membres de nos associations professionnelles.

Le Dr Boutan était attaqué à Paris : notre honorable conseil judiciaire, M. Chastenet, plaidait l'incompétence et obtenait gain de cause. L'affaire, appelée devant le tribunal du Havre, recevait la solution que vous savez. Le tribunal jugeait qu'*un syndicat de médecins a qualité pour ester en justice, alors du moins qu'aucune des parties en cause ne s'y est opposée.* Résultat qui nous permet de bien augurer de l'avenir.

A notre dernière réunion, le Syndicat des Vosges avait demandé que la question de l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires fût étudiée et résolue. Votre bureau avait été chargé de proposer une solution. Après une étude approfondie nous n'avons pu nous prononcer d'une façon ferme, car les documents qui nous avaient été promis ont complètement fait défaut. Seul le Syndicat des Vosges, qui avait proposé la question, a publié récemment une étude qui sera prochainement insérée dans le *Concours* et au *Bulletin*.

Pendant que les syndicats d'un côté, le Bureau de l'Union, d'un autre, travaillaient ainsi pour le bien commun, de nouvelles associations syndicales se formaient sur divers points de notre pays. C'est ainsi que nous avons vu se former le Syndicat du Centre Seine-et-Oise et celui de la Vallée de l'Hérault. C'est ainsi que nous avons été heureux de souhaiter la bienvenue à celui que créaient, il y a quelques mois, nos sympathiques confrères du territoire de Belfort et à celui de Pontoise dont on vient de nous remettre à l'instant même les statuts. Saluons ces nouveaux défenseurs des intérêts professionnels !

Vous le voyez, Messieurs, au point de vue moral, la situation de l'Union des Syndicats est excellente. Elle n'a pas perdu les occasions qui ont pu s'offrir de soutenir nos intérêts. Elle a rendu à la profession des services incontestables.

A-t-elle fait tout ce que l'on est en droit de lui demander? A-t-elle rendu tous les services qu'elle nous paraît appelée à rendre ? Nous ne le pensons pas et permettez-nous d'en indiquer la raison, qui, d'ailleurs, est bien simple. Nous n'avons, pour la trouver, qu'à la chercher dans les habitudes invétérées du corps médical. Les différents syndicats ne nous envoient pas assez régulièrement le compte-rendu de leurs travaux où nous pourrions puiser des indications précieuses ; ou bien ces comptes-rendus se bornent à des indications succintes qui ne laissent après elles aucun enseignement. Permettez-moi donc, Messieurs, d'insister de nouveau, ainsi que j'ai déjà eu l'honneur de le faire l'année dernière, pour obtenir non des analyses incomplètes ou trop sommaires de vos réunions, mais l'exposé aussi complet que possible des travaux auxquels vous vous serez livrés. A cette condition, nous accomplirons une œuvre vraiment intéressante et utile.

Il me reste, Messieurs, à vous faire connaître notre situation financière arrêtée, non pas au mois d'août, mais à la date de ce jour, afin de faciliter la comptabilité ultérieure.

Notre réserve disponible au 9 août 1885, date de notre dernière réunion générale, était de	1.792 05
Sur cette somme, nous avons pris pour solder les frais du procès de Domfront, la somme de. . . . . envoyée le 4 novembre 1885 à M. le docteur Barrabé.	268 01
Ce qui, en réalité, réduisait notre disponibilité pour l'année à . .	1.524 04
Depuis notre réunion, nous avons reçu, cotisations, de divers syndicats et abonnements au *Bulletin*	1.329 00
Et nous avons touché l'allocation votée par la société le Concours, le 9 août 1885, soit	200 00
Les recettes se sont élevées à	1.529 00
Direction et rédaction du *Bulletin* (5 trimestres)	375 00
Jetons de présence, déplacements.	484 00
Frais de réunions	124 95
Frais de bureau et divers	100 00
Bulletin, impression et envoi.	479 00
Frais du procès du Havre	100 00
Total	1.662 95
Nos recettes s'étant élevées à.	1.529 00
Nos dépenses ayant atteint	1.662 95
Nous paraissons donc en déficit de	133 95

Mais j'ai hâte de vous faire remarquer que ce déficit, qui réduit notre réserve en caisse à ce jour à 1390 fr. 09, sera largement comblé par les cotisations qui restent à recouvrer. En effet, onze syndicats n'ont pas encore versé leur annuité, et, en tenant compte des versements effectués par eux l'année précédente, nous devons prévoir, de ce chef, des rentrées qui s'élèveront à 600 francs environ. Nos recettes, s'élèveront alors de 1529 fr. à un peu plus de 2100 fr., chiffre supérieur à celui qui a été prévu au dernier budget. La situation de la caisse de l'Union des Syndicats est donc aussi favorable que possible, et va nous permettre de vous soumettre, pour l'exercice qui commence au 1er novembre 1886, le projet de budget suivant. »

— Avant la discussion du budget, dans le but d'éviter des réclamations ultérieures, M. le Dr *Destrem* propose de n'adresser désormais le *Bulletin* qu'aux médecins, membres de syndicats, figurant sur les listes remises par Messieurs les secrétaires. — Cette proposition est appuyée par tous les membres de l'Assemblée.

Messieurs les secrétaires qui n'auraient pas envoyé les listes de leurs syndicats respectifs sont donc invités à nous les faire parvenir sans retard. Ils sont aussi instamment priés de nous tenir au courant de toutes les modifications qui pourraient survenir soit dans les bureaux, soit parmi les membres des syndicats.

BUDGET DES RECETTES

Recettes probables	2000

BUDGET DES DÉPENSES

Bulletin, impression et distribution	600
Rédaction du *Bulletin*	300
Jetons de présence, frais de réunion	500
Imprévu et dépenses diverses ou à ajouter à la réserve en caisse. . .	600
Total.	2000

M. le Président demande à l'assemblée s'il y a des observations sur le rapport du secrétaire. Aucune observation. Adopté.

On passe ensuite à la discussion des QUESTIONS SOUMISES A L'ASSEMBLÉE.

M. Margueritte met en discussion la question qu'il a posée, d'ailleurs, par lettre, dans le n° 35 du *Concours médical*, à savoir s'il est opportun ou non que les syndicats soient représentés au Congrès des chambres syndicales.

M. le président rappelle la circulaire qu'il a adressée récemment à tous les Présidents de syndicats à l'occasion de l'invitation faite par le Syndicat général de toutes les chambres syndicales de France conviant les syndicats médicaux à assister au Congrès qui s'ouvrira à Paris le 17 novembre. Il donne lecture de cette invitation.

La réunion aura à s'occuper de questions qui nous intéressent et peut-être serait-il bon de savoir ce qui sera dit. Peut-être, à propos surtout des sociétés de secours mutuels, aurons-nous à fournir des explications qui pourront être entendues. Du reste, *nous sommes des Syndicats* et nous devons accepter

les conséquences de cette situation. Si l'assemblée juge utile de se rendre à l'invitation dont il s'agit, elle aura à nommer ses délégués.

Une vive discussion s'engage à laquelle prennent part un grand nombre de confrères.

M. *Lasalle*, délégué du Syndicat médical suburbain de l'arrondissement de Bordeaux, est d'avis que nous devons nous abstenir. On nous a reproché, dit-il, de nous assimiler aux professions manuelles, et, assister à ce congrès, serait donner raison à ceux qui ont formulé ce reproche. Ce serait aussi nous exposer à être accusés de mercantilisme.

M. *Leroy* trouve des inconvénients à nous faire représenter au congrès. Nous ne savons pas comment seront dirigés les débats, et notre dignité pourrait avoir à souffrir.

Un autre confrère fait observer qu'en assistant au congrès nous affirmons et notre existence et notre union. Nous demandons à bénéficier de la loi sur les syndicats professionnels et voilà que déjà nous voulons nous isoler et former des catégories. Il ne s'agit pas de dignité en ce moment, il s'agit de faire acte d'existence. A la cour qui nie nos droits, nous répondons en les exerçant. Voulons-nous, oui ou non, exister en tant que syndicats ? Montrons-le et ne nous excluons pas nous-mêmes. Quant à cette dignité dont on parle si souvent, nos délégués sauront bien la conserver et la faire respecter.

M. *Cézilly* fait observer que notre présence au congrès ne saurait en aucune façon nous compromettre et que du moment où des questions touchant à nos intérêts devront être discutées, nous aurions le plus grand tort de nous tenir à l'écart.

Un confrère ajoute que, si la jurisprudence ne nous reconnaît pas encore, nous ne devons rien négliger pour faciliter cette reconnaissance. Qu'elle s'introduise dans nos mœurs et bientôt elle passera dans nos lois. L'occasion paraît favorable : l'éviter et la fuir serait presque de la naïveté et, en tout cas, une faute.

M. *Lasalle* croit que nous n'avons rien à gagner en assistant à ce congrès. Bien des confrères, dit-il, pourront voir de mauvais œil notre intervention en cette occurrence. Du reste, nous n'avons pas été prévenus assez tôt pour étudier sérieusement la question et nous n'avons pas mandat pour prendre une détermination. Je m'oppose, en ce qui me concerne, très énergiquement à la prise en considération de la proposition qui nous est soumise.

M. *le Président* fait remarquer que sa circulaire aux Présidents a été envoyée il y a déjà plusieurs semaines, et que, par conséquent, on pouvait venir après avoir pris avis des syndicats ; que, d'ailleurs, il était impossible de prévenir avant d'avoir reçu l'invitation du Président du Syndicat général.

M. *Mignen* est d'avis de ne point se prononcer avant d'avoir consulté son syndicat (Montaigu.)

M. *Lunéau*, dont le syndicat (Nantes) a jugé qu'il n'y avait pas lieu de se faire représenter, a néanmoins obtenu l'autorisation d'accepter, s'il le jugeait convenable.

Sans doute, fait observer *un confrère*, nous avons une mission à remplir ; mais notre mandat est-il tellement impératif que nous ne puissions prendre une détermination sur les questions qui peuvent nous être soumises et qui n'avaient pas été soulevées lors des réunions où nos confrères nous ont conféré le pouvoir de les représenter ? Je ne le pense pas. J'estime, au contraire, que nous avons une certaine latitude pour nous mouvoir et que nous conservons une certaine initiative. Du reste, chacun de nous doit assez connaître l'esprit du syndicat auquel il appartient pour être certain que son attitude ne sera pas blâmée et que son vote sera approuvé.

Les délégués munis de pouvoirs ayant seuls pris part au vote, la proposition de M. le Président est résolue par l'affirmative par les trois quarts des membres présents.

On procède à la nomination des délégués. MM. Cézilly, Milet, Destrem, Gauthier (de Magny-en-Vexin) sont désignés pour représenter au Congrès des Syndicats, l'Union des Syndicats médicaux.

DEUXIÈME QUESTION. — *D'un ordre des médecins.*

M. *Lasalle*, au nom du Syndicat médical suburbain de l'arrondissement de Bordeaux, dépose le vœu que :

« *L'assemblée, adoptant en principe la création d'un ordre des médecins, nomme une commission chargée d'étudier les moyens d'en rendre pratique, si possible, l'organisation.* »

Notre honorable confrère entre dans des considérations intéressantes, qui sont à peu près la reproduction de celles qu'il a déjà fait valoir dans la Gironde. Nous les reproduirons *in extenso* très prochainement.

M. *Toussaint*, d'Argenteuil, fait remarquer que l'Assemblée ne saurait voter la proposition de M. Lasalle dans toute sa teneur ; nous ne pouvons donner, dès maintenant, une consécration au principe même de la création d'un ordre des médecins. En conséquence, il propose de supprimer la première partie de la proposition soumise à l'assemblée et de voter la suivante :

« *L'assemblée nomme une commission chargée d'étudier à nouveau la question de la création d'un ordre des médecins.* »

La proposition de M. *Lasalle*, mise aux voix, est repoussée ;

La proposition de M. Toussaint, mise aux voix, est adoptée.

Après échange d'observations entre les confrères présents, il est décidé que la commission sera composée de cinq membres. MM. Lasalle, Toussaint, Bibard (de Pontoise), Gibert et Barat-Dulaurier sont désignés pour faire partie de cette commission.

De plus, il est entendu que M. Surmay sera prié de se joindre à cette commission, afin de la faire profiter de ses études sur l'importante question dont il s'agit.

Le secrétaire général de l'Union est invité à donner communication de cette résolution à notre honorable confrère de Ham.

TROISIÈME QUESTION. — *Exercice de la médecine civile par les médecins militaires.*

M. *Lardier*, de Rambervillers (Vosges), entre dans des considérations sur le préjudice que cause aux

médecins civils l'exercice de la médecine par les médecins militaires. Des plaintes nombreuses se sont élevées dans presque toutes les villes où il y a une garnison, et particulièrement dans l'Est. Or, les médecins militaires ne sont astreints à aucune des charges imposées aux médecins civils. C'est donc une situation de faveur qui leur est faite, situation dont quelques-uns abusent étrangement, au grand dommage des médecins civils. *M. Lardier* croit avoir trouvé le moyen de remédier à cet inconvénient : ce serait de demander qu'ils soient placés sur le même pied que nous et que les pouvoirs civils ne fassent entre eux et nous aucune différence. (*M. Lardier* a publié sur ce sujet intéressant un travail dans le nº 2 du *Bulletin médical des Vosges*.. Nous le reproduirons prochainement.)

M. *Lasalle* proteste énergiquement contre toute démarche qui pourrait tendre à briser les liens de bonne confraternité qui doivent exister entre les médecins civils et nos confrères de l'armée. Ils ont les mêmes titres que nous, et, si les administrations leur accordent des faveurs, cela ne nous regarde pas. Ce n'est pas au moment où nous cherchons à créer, à resserrer les liens de solidarité qui doivent unir entre eux tous les membres de la famille médicale, ce n'est pas à ce moment qu'il faut introduire des motifs d'animosité ou de discorde. D'ailleurs, ne faisons-nous pas tous, jusqu'à un certain âge, partie de ce grand corps du service de santé militaire. C'est donc contre nous-mêmes et contre les nôtres que nous nous élèverions. Si le médecin civil sait se tenir à sa place, s'il accomplit avec zèle les obligations et les devoirs que sa profession lui impose, il n'a à redouter aucune concurrence.

Après une discussion très animée, à laquelle prennent part un certain nombre de confrères, l'Assemblée adopte la résolution suivante *comme principe* :

« *L'exercice de la médecine civile doit être réservé aux médecins civils.*

« *Les syndicats sont invités à faire, s'ils le jugent convenable, les démarches nécessaires pour assu-*
« *rer l'exécution de cette résolution.* »

4º Vœu *présenté par M. Lasalle relativement au secret médical.*

Au nom du Syndicat suburbain de l'arrondissement de Bordeaux, *M. Lasalle* émet le vœu que, « *pour* « *couper court aux difficultés d'interprétation de l'art 378 du code pénal, le législateur ajoute un amen-* « *dement à la loi spécifiant que l'autorisation du malade relève le médecin du secret.* »

Après un échange d'observations auquel prend part M. Chastenet, conseil judiciaire de l'Union, ce vœu n'est pas pris en considération.

5º Vœu *présenté par M. Lécuyer, de Beaurieux, relativement à l'affranchissement des notes pour recouvrements d'honoraires.*

M. Lécuyer demande au nom du Syndicat d'Aisne et Vesle à l'Union des Syndicats de faire des démarches auprès de l'administration compétente, afin d'assurer la *circulation à prix réduit des circulaires médicales destinées à faciliter le recouvrement des honoraires.*

Cette proposition est acceptée. — Le bureau de l'Union est chargé de faire les démarches dont il s'agit.

6º M. *Lécuyer* demande, en outre, au nom du Syndicat d'Aisne et Vesle, que l'Union fasse des *démarches tendant à obtenir l'abrogation de l'article 29 de la loi du 19 ventôse an XI qui interdit aux officiers de santé l'exercice de leur profession dans un département autre que celui pour lequel ils ont été reçus.*

Des démarches seront faites près de la Commission chargée d'élaborer le projet de loi sur l'exercice de la médecine.

De plus, il est décidé que le Bureau de l'Union, AGISSANT COMME COMMISSION PERMANENTE, fera toutes les démarches nécessaires pour obtenir, le plus promptement possible, la reconnaissance, pour les Syndicats médicaux, du droit de bénéficier de la loi du 21 mars 1884 sur les Syndicats professionnels. En outre, il interviendra près des Compagnies de chemins de fer pour obtenir une réduction de prix en faveur des délégués se rendant à nos réunions.

Enfin, au nom du Syndicat de Verneuil (Eure), M. *Martelli* dépose le vœu suivant :

« Considérant que l'*assistance publique* n'existe pas *dans les campagnes* ; vu le silence de la loi à cet égard, et en attendant que le législateur veuille bien imposer aux communes ou aux départements l'obligation d'assurer ce service, le syndicat médical de la circonscription de Verneuil déclare qu'à l'heure où les Syndicats médicaux existent en grand nombre sur tous les points du territoire français, il est urgent que les bureaux des Syndicats de chaque département veuillent bien se concerter en vue d'une action commune, officieuse, bien entendu, puisque leur existence légale est contestée, auprès des Conseils généraux et des Préfets, et insister pour que les assemblées départementales se décident à voter les fonds nécessaires à la création du service d'assistance publique dans les départements.

« Le délégué pour l'année 1886 est chargé de soumettre ce vœu aux délibérations de la prochaine assemblée de l'Union des Syndicats. »

Ce vœu est pris en considération. Les syndicats locaux sont invités à exercer près des représentants de chaque département toute l'influence dont ils pourront disposer. De son côté, l'Union agira dans le même sens. Cette question se rattache, du reste, à un projet d'organisation de l'assistance médicale qui est actuellement déposé, et dont un confrère donne lecture. L'heure avancée ne permet pas de lui accorder toute l'attention qu'il mérite et il est décidé que cette importante question reste à l'ordre du jour de tous les Syndicats de l'*Union* pour la réunion prochaine. Nous les invitons donc à l'étudier sous toutes ses faces et à nous adresser les travaux qu'ils auront élaborés.

Nomination du Bureau pour l'exercice 1886-1887.

Aux termes du règlement, le Bureau doit être élu chaque année. — Les membres du Bureau sont rééligibles.

M. Margueritte, Président sortant, ayant manifesté, à l'exemple de son prédécesseur M. le Dr Gibert, son désir de ne pas voir son mandat renouvelé, il est procédé au scrutin pour la nomination d'un Président.

M. le Dr Dupuy, de Vervins, député de l'Aisne, membre du Syndicat d'Aisne et Vesle, obtient, au premier tour, *l'unanimité* des suffrages. En conséquence, M. le Dr Dupuy est nommé Président. Le secrétaire général est chargé de lui notifier sa nomination.

Les autres membres de l'ancien bureau sont, par acclamation, et sans que ce mode puisse constituer un précédent, maintenus dans leurs fonctions.

Le bureau se trouve ainsi constitué :

Président d'honneur : le Dr Gibert;
Président : le Dr Dupuy, de Vervins;
Vice-Président : le Dr Cézilly ;
Assesseurs : le Dr Milet, de Crépy-en-Valois ;
— le Dr Destrem, de Paris;
Secrétaire-Trésorier : le Dr Barat-Dulaurier, de Saint-Antoine-sur-l'Isle (Gironde).

Des remercîments sont adressés à M. le Dr Margueritte, président sortant, pour le zèle et le dévouement dont il n'a cessé de donner des preuves pendant le temps qu'a duré son passage à la présidence d'une œuvre, à la fondation de laquelle il a si puissamment contribué. (Applaudissements).

La séance est levée à 4 heures et demie.

Les assistants se rendent alors au buffet préparé par la maison Véfour, et ils échangent les observations que leur a suggérées la séance intéressante à laquelle ils viennent d'assister.

CONFÉRENCE DE M. LANDE

SUR LA CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITE.

La conférence a lieu debout dans l'intervalle des deux séances. Elle est accueillie par l'assentiment unanime. Nous publierons très prochainement la réfutation que M. Lande a faite des allégations erronées contenues dans une lettre de M. le Dr Damourette, dont nos lecteurs ont gardé le souvenir et du projet de caisse de pensions du même médecin, projet dont M. Lande n'a pas eu de peine à démontrer l'inanité. Nous y tenons d'autant plus que M. Lande nous a appris que ce projet avait été adressé à toutes les Associations médicales.

DEUXIÈME SÉANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DES MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

La séance est ouverte à 5 heures, sous la présidence de M. *Cézilly*.

L'assemblée désigne comme assesseurs au bureau, MM. A. *Rizat*, A. *Chevallereau* et M. *Barat-Dulaurier* directeur du *Bulletin*.

Le président invite M. *Lordereau*, conseil judiciaire du Concours, à s'asseoir au Bureau et il rappelle que les formalités régulières ont été remplies pour la convocation de l'assemblée et la publication de l'ordre du jour.

Il fait part de nombreuses lettres d'excuses adressées par les membres du Concours. Ensuite M. Cézilly s'exprime en ces termes :

Chers confrères,

Les occasions de nous trouver réunis sont trop rares pour que le conseil de direction n'ait pas le vif désir de mettre à profit votre présence et de consacrer à recevoir vos conseils et vos avis, le plus de temps que faire se pourra.

C'est pourquoi nos rapports seront aussi concis que nous le permettra la clarté indispensable à l'exposition des faits qui se sont produits durant l'année écoulée.

On va vous donner lecture du *Rapport du Conseil de Direction*; puis on vous rendra compte des ressources de la Société ; on vous parlera brièvement du *journal* et enfin on abordera les questions qu'on ne peut résoudre qu'avec vos avis. Celles qui n'auraient pu être résolues en séance, pourront être, après le dîner, le sujet de nos conversations.

La parole est à M. le secrétaire, pour la lecture du

Rapport statutaire du Conseil de Direction.

Messieurs,

Le *Conseil de Direction* de la Société du *Concors médical* a pour attributions la gestion des intérêts moraux et matériels de votre *Association*.

Il doit, dans le cours d'un exercice, se préoccuper des diverses entreprises dues à l'initiative des adhérents. Il doit aussi employer les revenus de notre capital et ceux qui proviennent des dons recueillis par le journal, pour la mise à exécution des desseins de votre société.

On vous donnera, tout à l'heure, lecture du rapport sur l'emploi de vos ressources pécuniaires de l'année écoulée et on vous proposera l'affectation des revenus du prochain exercice.

Notre dernière Assemblée générale a eu lieu le 9 août 1885. Sur la demande réitérée de nombre de nos sociétaires, le Conseil de Direction a reculé l'Assemblée générale jusqu'au mois de novembre, époque de la rentrée des facultés, de la reprise de l'activité médicale et en outre de la rentrée des Chambres. Il était en effet nécessaire, pour les divers objets que nous avons en vue, de pouvoir nous aboucher, à ce moment, avec les législateurs et, s'il était possible, inviter quelques-uns d'entre eux à venir s'asseoir à notre Banquet. Leurs conseils, leurs encouragement pouvaient nous aider à triompher des obstacles qui s'opposent, depuis si longtemps, à la solution des questions médicales que nous cherchons à élucider. Mais la fâcheuse coïncidence d'une séance des conseils généraux nous a empêchés de mettre à exécution notre projet et nous avons reçu les lettres d'excuse de nos invités. Vous aurez à décider si vous voulez que, dorénavant, le mois de novembre soit l'époque fixe de notre assemblée générale.

Vous remarquerez, nécessairement, dans notre rapport, qu'il est souvent question du journal ; mais vous ne vous en étonnerez pas, connaissant nos origines et le lien étroit qui rend société et journal solidaires. Et, quoique le journal soit sous l'entière direction et responsabilité de notre directeur, néanmoins tous ses actes sont généralement accomplis de concert avec le Conseil de Direction.

Il emprunte à la Société sa puissante action, et tous les progrès qu'il s'efforce d'accomplir sont, par contre, au grand bénéfice de la Société.

Le Conseil de Direction doit spécialement vous rendre compte de l'état des divers sujets à l'étude. Il a siégé, a trois reprises, depuis la dernière assemblée et hier, notamment, il s'est concerté pour vous exposer son opinion sur les vœux proposés par quelques-uns d'entre vous.

Parlons d'abord de la *Révision de la législation médicale*. Nous sommes prêts à prendre part à la discussion lorsqu'il plaira au Parlement de la mettre enfin à l'ordre du jour. Un pas considérable a été fait ces jours-ci, puisque, incité assurément par toutes les démarches que vous faites depuis cinq ans auprès des ministres, des députés et des sénateurs, M. le ministre du commerce, M. Lockroy, jugeant enfin la question mûre, vient de déposer ces jours-ci un projet de loi du gouvernement que nous publierons incessamment. Néanmoins, comme la Chambre actuelle diffère d'une façon très notable par sa composition de celle qui l'a précédée, il sera nécessaire de reprendre les démarches personnelles auprès de nos représentants.

De son côté, le Conseil de Direction, le jour de l'ouverture de la discussion, fera adresser à tous les députés et sénateurs la brochure résumant les travaux de la Commission du Concours médical présidée par M. Chevandier. Ils y trouveront, s'ils la lisent, les arguments les plus puissants pour les décider à nous donner enfin satisfaction.

En ce qui concerne la « révision de la loi de 1884 » sur les syndicats professionnels, le Conseil de Direction n'est pas resté inactif. Il s'est associé à l'Union des Syndicats et un nombre énorme de pétitions, signées tant par les *membres du Concours* que par les membres des syndicats, a été déposé, en votre nom, par notre confrère, M. le Dr Dupuy, député de l'Aisne, à l'appui de son amendement au projet Chevandier sur la revision de la loi de l'an XI.

Ainsi que nous venons de vous le dire, on peut espérer que cette discussion va venir enfin, après celle du budget. Nous croyons donc que l'amendement Dupuy, spécifiant que la loi de 1884 sur les syndicats professionnels est applicable aux médecins, ne souffrira pas de difficultés sérieuses.

Il s'est agi, en 1885, de la *Création d'un comité de protection des pupilles du corps médical*. Le Directeur se réserve de vous exposer tout à l'heure l'état de la question.

Le Conseil de Direction s'est préoccupé également du fonctionnement de notre *Caisse de prévoyance des assurés sur la vie*, membres de notre Société. Il a pris les mesures nécessaires pour éviter un inconvénient possible, et assurer le bon fonctionnement de l'œuvre. Si le capital de la caisse ne s'est pas considérablement accru cette année, cela tient uniquement à ce fait que la nécessité de l'assurance sur la vie a de la peine à s'implanter chez nous, à ce qu'en outre la Caisse de retraite répond à une partie des besoins du médecin et enfin à ce qu'en 1885-1886, les recouvrements médicaux ont été en général fort difficiles, par suite de la crise économique.

Votre *Caisse des pensions de retraite* est prospère. Elle est à la période de gestation, et le Comité Directeur a toutes les qualités requises pour lui procurer fortune et nombreuses adhésions.

Un des projets à l'étude a été, non pas laissé de côté, mais renvoyé à plus tard. Nous voulons parler de l'*Assurance entre médecins, en cas de maladie*.

Une tentative, limitée au département de la Seine, se poursuit en ce moment. Nous lui souhaitons le succès, et nous nous inspirerons du résultat obtenu.

Les modifications apportées, en 1885, à notre organisation, modifications dont la principale a consisté dans la séparation du *journal* et de la *Société du Concours*, ont fait disparaître des impressions erronées et des suspicions non fondées qui reposaient uniquement sur ce fait que la Société retirait de l'exploitation du journal les sommes que, de l'avis de tous, elle employait on ne peut plus dignement.

L'année qui vient de s'écouler nous prouve que les revenus du capital appartenant à la *Société* suffisent à la mise en œuvre de ses conceptions.

Le nombre des adhésions des nouveaux *Membres du Concours* n'a pas été considérable. Il est venu, au journal, plus d'abonnés simples que d'adhérents à la Société. Ce fait est à constater et nous avons à ce sujet à vous faire la proposition suivante :

Il importe que le nombre des membres du Concours augmente et que, comme vous l'avez décidé par vos statuts modifiés, chaque nouvel adhérent apporte à la Société une somme de 10 francs destinée à l'accroissement du capital inaliénable. Demander à un confrère de verser 10 francs pour devenir *adhérent du Concours* et 10 francs pour son abonnement, alors qu'il est simple néophyte et n'a pu encore apprécier les bienfaits de notre Association, c'est compliquer les difficultés de l'adhésion.

Afin de concilier ces deux termes, le *Directeur du Journal* nous a offert de verser à la *Société* la somme de 10 francs, prix de l'abonnement de la 1re année au journal. De cette façon, le nouvel adhérent sera déchargé

*

de la moitié de sa contribution et la Société n'en percevra pas moins la somme destinée à accroître notre capital.

Ainsi il n'y aura plus aucun obstacle, dépendant de notre organisation, au recrutement des membres de la Société civile du Concours médical, et vous rendrez plus facile la tâche de nos confrères qui ont compris que l'un des devoirs les plus essentiels des sociétaires consiste à faire de la propagande auprès de leurs amis. (Adhésion générale.)

M. le Secrétaire donne ensuite lecture du **Rapport sur la situation financière** de la Société du Concours médical :

Mes chers Confrères,

A notre dernière réunion du 9 août 1885, le budget de prévisions pour l'année qui vient de s'écouler avait été établi de la façon suivante :

Recettes prévues	1,500 fr.
Dépenses prévues :	
Frais d'Assemblée générale et banquet	500 fr.
Propagande de la Société du Concours par l'envoi de brochures et de circulaires	200
Don à l'Union des Syndicats	200
» à la Caisse des pensions	200
Révision de la législation	100
Jetons de présence et frais divers	300
Total général	1,500

Je commence tout d'abord par vous annoncer que nos prévisions n'ont pas été dépassées et que l'exercice se solde par un bénéfice, grâce à la générosité de notre excellent directeur, M. le Dr Cézilly, qui, non content de payer chaque jour de sa personne, a tenu encore à payer de sa bourse et a fait don à notre Société d'une somme de 500 francs.

Je suis certainement l'interprète de l'unanimité de l'Assemblée en priant notre dévoué confrère de recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance. (Applaudissements.)

Pendant l'année qui vient de s'écouler, nos valeurs en portefeuille, dont le détail a été publié au corps du journal (n° 49, 1885), ont produit (déduction faite des frais de garde et de timbre, 17 fr. 60) une somme totale de 1 006 87

Il a été en outre reçu : Don du Dr Cézilly	500
Dons divers publiés au journal au cours de l'année	267
Total des recettes	1 773 87

A ce sujet, permettez-moi, Messieurs, d'ouvrir une courte parenthèse pour reconnaître que nous avons été désagréablement trompés dans nos espérances. Nous avions le légitime espoir que les efforts constants de notre bureau (et par notre bureau, j'entends tout particulièrement notre zélé directeur, que l'on voit toujours sur la brèche), nous avions, dis-je, espéré que les efforts constants de notre bureau, pour être *utile et agréable à chacun* des membres du *Concours médical*, seraient récompensés par des dons plus nombreux faits à la Société. Nous n'en continuerons pas moins, Messieurs, à être toujours aussi dévoués à vous et à notre œuvre.

(Ici le Secrétaire donne de vive voix quelques détails topiques qu'il n'y a pas lieu de reproduire).

Je reprends, Messieurs, l'exposé de notre situation financière.

Outre les recettes de 1,773 fr. 87 que je viens de vous détailler, la Société a encore reçu, pour droits d'entrée de 20 nouveaux adhérents, la somme de 198 fr. 35 qui, d'après nos statuts, est inaliénable et doit s'ajouter à notre capital.

Cette somme, jointe à un reliquat de 13 fr. 63 en caisse, porte l'avoir non disponible à 211 fr. 98.

J'ai l'honneur, pour les employer, de vous proposer l'achat de 6 francs de rente 3 % amortissable qui viendront s'ajouter à notre portefeuille.

Les *dépenses* faites dans le cours de l'année se décomposent ainsi :

Don à la Caisse des pensions	200 fr.
» à l'*Union des Syndicats*	200
Jetons et déplacements	327 50
Revision de la législation, réceptions	141 75
Frais d'assemblée générale et banquet du 9 août 1885	443 30
Total	1 313 55
Les recettes disponibles étaient de	1 773 87
Balance en faveur de l'actif	461 32

RÉSUMÉ.

Valeurs en portefeuille (cours du 31 octobre 1886). (Soit une plus-value de 863)	30 850 fr.
Argent en caisse disponible	461 32
» » non disponible	211 98
Avoir total de la Société	31 523 30

Comme l'année précédente, je vais maintenant, si vous le voulez bien, vous présenter un *budget de prévisions* pour l'année 1886-1887.

Avoir en caisse	461 32
Revenus du capital social	1 012
Dons dans le cours de l'année	488
Total	1 961 32

Dépenses proposées par le Conseil :

Frais d'Assemblée générale et banquet	500
Jetons de présence et frais divers	300
Don à la *Caisse des pensions*	200
» à l'*Union des Syndicats*	200
Total	1 200

Une proposition de M. Lardier (100 fr., à la Caisse des pupilles) est adoptée.

L'Assemblée vote ces divers articles et laisse, à la disposition du Conseil de direction, le reliquat de 661 fr. 32.

Caisse de prévoyance des assurés sur la vie, membres du CONCOURS MÉDICAL

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous rendre compte de la gestion de la caisse de prévoyance des assurés sur la vie pendant l'année 1885-86.

Au 31 juillet 1885, l'avoir de la Caisse était de 7.175 fr. 64, se décomposant ainsi :

Valeurs en portefeuille	6.995 30	7.175 fr. 64
Espèces en caisse	180 34	

Depuis cette époque, il a été encaissé :

Coupons échus (déduction faite des droits de garde 8.90) . . .	342 71
Versements faits par la New-York	509 25
Total	851 96

Pour la première fois depuis sa création, la Caisse a été obligée d'ouvrir le chapitre des dépenses.

Un membre assuré ayant réclamé l'aide de la Caisse, mais ne se trouvant pas dans les conditions voulues pour y avoir avoir absolument droit, a retiré la somme versée par la Compagnie au sujet de son assurance, ce qui décharge complètement la Caisse vis-à-vis de lui.

Cette somme était de	592 40
Les recettes ayant été de	851 96
La balance établit ainsi en faveur de l'actif	259 56

qui, joints aux 180 fr. 34 en caisse, forment un avoir métallique de 439 fr. 90, sur lesquels il a été acheté, le 9 décembre 1885 une obligation foncière 1877, nº 258848, au prix de 359 fr.

RÉSUMÉ

La situation de la caisse au 31 octobre 1886, est donc la suivante (cours du jour) :

Avoir en portefeuille	7.838 15
Espèces en caisse	80 90
Total	7.919 05

Il me reste maintenant, Messieurs, à vous demander pardon de l'ennui qu'a pu vous causer une lecture aussi ardue que celle des chiffres, et à vous remercier de votre bienveillante attention. (Applaudissements.)

Le président invite M. le Dr Le Gendre, secrétaire de la rédaction, à vouloir bien lire son rapport.

Rapport du Comité de rédaction.

Messieurs, comme les années précédentes, le Comité de rédaction vous soumet un résumé des travaux de l'année. Ce résumé sera cette fois particulièrement bref ; il serait, en effet, fastidieux de répéter certaines généralités sur les tendances du journal. Elles ont été amplement exposées dans les rapports précédents et vous les trouverez tout récemment encore condensées dans notre numéro 43.

Il a semblé, disions-nous, à la rédaction du *Concours médical* que nos confrères, tout en ayant le désir légitime de ne rien ignorer des *acquisitions nouvelles* de la médecine, n'avaient pas de temps à perdre à lire cette foule de détails accessoires, souvent inutiles, dont sont entourées les communications faites dans les Sociétés savantes étrangères, et même françaises. Des résumés rapides et précis, des revues critiques, des conseils pratiques, des formules thérapeutiques, peu ou point d'anatomie pathologique, mais une préoccupation constante de tout ce qui peut éclairer le diagnostic, le pronostic, la thérapeutique, de temps à autre quelque variété, de nature à délasser le lecteur des questions purement médicales ; une place proportionnelle à leur importance pratique faite aux questions de gynécologie et d'obstétrique, voilà notre programme scientifique, au sujet duquel nous recevons chaque jour les témoignages d'approbation les plus précieux.

Une part à peu près égale est consacrée à la médecine et aux questions professionnelles ; mais dans l'étude

de celles-ci, notre éclectisme est absolu ; bon accueil est fait à toutes les manières de voir, afin que les questions obscures s'éclairent au choc des opinions contraires. Cette tolérance large et sans préjugés était peut-être nouvelle dans la presse médicale. . . . .

I

C'est à ces règles générales que se sont conformés tous nos collaborateurs ordinaires et intermittents.
Les rédacteurs ordinaires sont demeurés les mêmes. . . . .
Nous avons toujours la précieuse collaboration de M. le Dr Barette, qui, dans ses quinzaines chirurgicales et ses articles de chirurgie pratique, n'a pas cessé de mériter vos suffrages. Vous n'avez pas dû être surpris d'apprendre qu'avant même d'avoir terminé son temps de prosectorat, notre distingué collaborateur avait été nommé chef de clinique chirurgicale à l'hôpital de la Charité. Vous avez lu avec intérêt dans nos colonnes une analyse de sa remarquable thèse sur les néphrites infectieuses, par laquelle il a terminé un brillant concours d'agrégation, qui lui donne le légitime espoir de voir s'ouvrir devant lui, au concours prochain, les portes de la Faculté. . . . .
Un nouveau collaborateur chirurgical nous est venu dans la personne de M. le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux de Paris et brillant élève du professeur Guyon. Vous avez pu apprécier sa compétence spéciale dans les affections des voies urinaires par les articles substantiels qu'il nous a fournis. . .
D'excellentes revues d'obstétrique et de gynécologie nous ont été données par un interne des plus distingués des hôpitaux, M. Lepage, qui est depuis longtemps notre collaborateur à des titres divers et qui fait bénéficier les lecteurs du *Concours* des enseignements si précieux de son maître, M. le docteur Pinard. Notre sympathique ami, M. le Dr Rizat, nous a continué sa collaboration intermittente pour les maladies vénériennes.
Un ophthalmologiste très habile, M. le Dr A. Trousseau, ancien interne des hôpitaux, médecin adjoint à la clinique des Quinze-Vingt, nous a fourni plusieurs articles excellents sur la spécialité qu'il exerce. Vous avez appris sans doute avec grand plaisir l'élévation à la dignité professorale de notre savant confrère, M. le Dr Baudry, de Lille, qui avait longtemps traité ici les questions d'ophthalmologie. . .
M. le Dr Perron a bien voulu continuer à nous envoyer ses études si attrayantes et si sages sur la déontologie. . . . .
Nous vous rappelons les noms de plusieurs confrères dont nous avons publié de fort intéressants travaux. MM. Poulet (de Plancher-les-mines), Bourdaux (de Fleurance), H. Arnaud (de la Jasse), Deligny, Weiss (de Coutances), Saint-Philippe (de Bordeaux), Ruelle, etc. Grâce à leur contribution, la lecture du *Concours médical* n'a pas été moins goûtée que les années précédentes. M. le Dr Le Gendre a continué comme par le passé la rédaction de la partie médicale proprement dite, en s'efforçant de mériter encore les encouragements et les témoignages de sympathie que les lecteurs avaient eu l'indulgence de lui accorder. (Applaudissements.)

II

Dans la partie professionnelle, un grand nombre de sujets ont été abordés; mais nous avons reçu, moins souvent, ces études *vécues* qui sont si instructives. En revanche, plusieurs des questions traitées l'ont été de façon magistrale, et, en première ligne, il faut citer l'infatigable directeur du *Bulletin des Syndicats* comme notre collaborateur le plus précieux pour les intérêts professionnels. Je vous rappellerai ensuite les noms de MM. Margueritte, Dubrac, Carrez, Ghisgan, Pelous, Zerrac et un assez grand nombre de confrères qui ont préféré garder l'anonyme.
Nous rappellerons cette année certaines recommandations importantes. . .
« Les communications relatives aux intérêts professionnels sont et seront toujours pour nous d'une importance capitale ; nous prions instamment nos lecteurs de les continuer, et même de les accroître. Où pourrions-nous, en effet, trouver mieux que dans les études de nos confrères, les éléments de nos revendications ?
C'est dans les renseignements fournis chaque semaine par nos lecteurs, dans les récits de leurs déboires ou des embarras que fait surgir chaque jour l'exercice de la profession ; c'est là, que le directeur du *Bulletin des Syndicats* peut trouver les éléments d'études à proposer aux Syndicats ou de solutions à donner aux questions si complexes et si variables dans leurs aspects, de la déontologie.
Nos lecteurs ne doivent pas hésiter à étendre, autant que possible, le champ de leurs études, et nous les exhortons à aborder toutes les *questions de médecine publique*, de *police sanitaire*, d'*hygiène*, etc.
Une question professionnelle qu'on soulève doit être étudiée *dans tous ses détails*; mais, pour *éviter les redites*, il est bon que chacun de nos confrères parcoure la collection du journal, chaque fois qu'il veut étudier une question. C'est à ce point de vue qu'il importe de conserver les numéros du journal ; tel numéro qui semble, au moment où on le parcourt, ne contenir aucun fait bien intéressant, pourra être très utile à consulter, quelques mois plus tard, lorsqu'une difficulté inattendue aura surgi.
D'ailleurs, il faut *conserver les collections* et les consulter rétrospectivement, chaque fois qu'on est embarrassé pour résoudre une question ; si chacun de nos lecteurs s'imposait cette obligation, nous ne recevrions pas, comme cela arrive presque tous les jours, des demandes relatives à des sujets traités antérieurement, dans le journal, avec tous les détails nécessaires.
Nous recommandons, comme une nécessité, *de lire la correspondance.*— Elle impose un travail considérable, et elle contient des indications précieuses pour les membres d'une société qui aspirent à un but commun, — celui de s'éclairer les uns les autres par des demandes, par des réponses, par l'échange d'indications qui, nécessairement, profitent à plusieurs.
Les travaux adressés au directeur du journal ou au secrétaire de la Rédaction, sont soumis à l'examen du comité de rédaction qui décide s'ils doivent ou non être insérés, et qui se réserve toujours le droit d'y apporter quelques modifications de forme ou de longueur, sans jamais en altérer le fond. La *dimension d'un article* est toujours une question capitale dans un journal hebdomadaire aussi encombré que le nôtre, et, pour faire bénéficier les lecteurs du plus grand nombre possible de sujets, il importe de mesurer parcimonieusement la place à chacun. » (Applaudissements.)

Le président propose de reporter le vote du budget après la discussion des propositions qui s'y réfèrent. (Adhésion.)

Allocution du Directeur du CONCOURS.

Le Directeur du *Concours* prend alors la parole et s'exprime en ces termes :

Chers confrères,

En poursuivant, depuis huit années, ma tâche ardue, les semaines et les mois s'écoulent avec une extrême rapidité. Je me fais vieux à votre service ; mais je ne m'en plains pas. J'acquiers quelque expérience et chaque jour j'ai de plus en plus la certitude de me rendre utile.

Quinze mois se sont écoulés depuis notre dernière réunion et j'aborde celle-ci avec moins d'appréhension, parce que les modifications apportées, en août 1885, à notre organisation, m'ont déchargé d'une responsabilité qui me pesait lourdement. Il fallait réussir toujours, sous peine de compromettre la petite fortune économisée pour constituer sur une base durable notre société du Concours médical. Désormais, nous sommes à l'abri de toute éventualité et nos ressources ne peuvent que s'accroître. Le journal, devenu indépendant de la Société, peut affronter toutes les vicissitudes et j'y ai gagné une tranquillité d'esprit qui m'était absolument indispensable.

D'autre part, j'ai voulu tout récemment renoncer, après 25 ans de pratique, à l'exercice de la médecine. Les loisirs relatifs, que je me suis assurés ainsi, vous seront consacrés tout entiers. Je suis fondé à espérer que mes nouveaux efforts ne seront pas moins fructueux que mes efforts passés, alors que trop de tâches diverses m'incombaient.

Mon premier mois d'indépendance, je l'ai employé à la réalisation d'un projet déjà exposé en 1885. Je vous disais alors : « Ne serait il pas opportun de nous concerter pour la création du **Comité de protection des Pupilles du corps médical.** C'est parmi les médecins que se rencontrent, le plus fréquemment, à l'honneur de notre profession, les véritables *victimes du devoir.* Tout le monde le reconnaît, et cette manifestation du sentiment public nous aiderait assurément à la constitution d'une œuvre de haute portée. »

Je suis heureux de vous annoncer aujourd'hui que le *Comité de protection* va être constitué.

Voici ses origines :

Le Parlement français avait été saisi, il y a longtemps déjà, par un député de la Seine, M. Farcy, d'un projet de loi en faveur des victimes du devoir, dans toutes les professions. Adopté par la Chambre, des considérations budgétaires le firent repousser par le Sénat.

D'autre part, un pays voisin, l'Italie, nous avait précédés dans cette voie humanitaire et la loi italienne n'était applicable qu'aux médecins.

LOI ITALIENNE DU 14 AVRIL 1864

Sur les familles des médecins victimes des épidémies.

ART. 1er.

La loi de 1864 sera appliquée aux veuves et aux enfants des médecins et des chirurgiens, non fonctionnaires de l'Etat, qui, envoyés par le gouvernement dans les localités ou sévissent les épidémies, auraient succombé à cause de l'assistance donnée aux malades.

ART. 2.

La pension des veuves sera de 400 livres. Elle sera portée à 600 livres, si le défunt a laissé un ou deux enfants mineurs ; à 800, s'il en laisse trois ou quatre, et enfin à 1,000 et non au delà, si le nombre des enfants est plus élevé.

ART. 3.

Dans le cas ou le droit de la veuve manquerait ou viendrait à cesser, les enfants mineurs auront droit à la même pension que la veuve, avec des annuités proportionnelles à leur nombre, ainsi qu'il a été spécifié à l'article précédent.

ART. 4.

Le gouvernement déterminera par un décret les règles pour la constatation et la vérification des faits qui auront donné lieu à l'application de l'article 1er.

ART. 5.

La présente loi aura ses effets à dater de 1867.

Nous ne devions pas, chers confrères, rechercher, pour le moment, une loi nouvelle. Il suffisait de faire une œuvre d'initiative privée.

Je n'entrerai pas dans le détail de toutes les démarches faites et à faire encore.

Voici les *Statuts* du Comité en organisation.

Comité de protection des pupilles du Corps Médical français.

« Le médecin est exposé à de nombreux dangers qu'il doit affronter par devoir professionnel. Mais, dans nombre de circonstances, surtout à l'époque des calamités publiques, des membres du corps médical français dépassent les limites de ce devoir, et parfois ils sont victimes d'un véritable acte d'héroïsme. On a toujours su, dans notre pays, rendre hommage à ces faits de haute abnégation. Ils seraient assurément plus

fréquents encore, si leurs modestes héros étaient assurés, lorsqu'ils vont au devant de la mort, de ne point laisser leurs familles, dont ils sont souvent l'unique soutien, privées de toute assistance par la mort de leur chef. En conséquence, il est utile, il est juste de prendre en main la cause des *Pupilles du Corps Médical.* »

STATUTS PROVISOIRES.

ART. 1er

Le Comité se compose de 25 membres. Ils ne sont astreints à aucune souscription. Ils assistent aux réunions annuelles.

ART. II.

Le Comité élit un bureau composé d'un Président, d'un Vice-Président, d'un Secrétaire et d'un Trésorier.

ART. III.

Sont Pupilles : Les femmes, enfants, ascendants des médecins pauvres ou riches, morts victimes du devoir professionnel.

ART. IV.

Le Comité définit les conditions nécessaires pour devenir Pupille.

ART. V.

Un procès-verbal, dont le double est remis aux Pupilles, constate leur adoption par l'œuvre.

ART. VI.

L'Assistance morale du Comité appartient aux Pupilles. Sur rapport du Bureau, en cas de démérite, le Pupille peut être rayé des listes, par délibération du Comité.

ART. VII.

L'Assistance se traduit par *les avantages que peut procurer, au pupille, l'influence sociale des Membres du Comité.*

ART. VIII.

Budget : Le Comité prendra les mesures nécessaires pour procurer à l'œuvre les souscriptions de *Membres bienfaiteurs.*

ART. IX.

Le Comité recherchera ultérieurement les moyens de faire voter, par les *Chambres françaises*, une loi analogue à celle qui a été promulguée en 1864 par les *Chambres italiennes* en faveur des médecins victimes des épidémies.

ART. X.

L'œuvre existe sous la forme de Société civile.

ART. XI.

Son siège est à Paris.

ART. XII.

Sa durée n'est pas limitée.

Je puis vous annoncer qu'après des démarches bien nombreuses, retardées d'ailleurs par les intervalles de sessions, et grâce aux lettres de présentation qui m'ont été adressées par divers confrères, la liste des membres du Comité compte déjà parmi ses membres des députés, sénateurs, fonctionnaires des ministères, chefs de grands établissements, médecins éminents, publicistes, etc... Permettez-moi, chers confrères, de vous dire ces noms sans les imprimer pour le moment. (Le directeur entre dans de nombreux détails écoutés avec grande attention.)

Pour la rédaction des statuts définitifs et pour faciliter le travail de la première séance, il faudra définir ce qui caractérise à nos yeux les véritables victimes du devoir professionnel, (le Directeur cite des exemples pris parmi les membres du *Concours médical* décédés récemment). La définition est importante ; mais le comité aura l'appréciation souveraine, puisqu'il s'agit d'une œuvre privée, d'une œuvre d'assistance et non de droit strict. Nous pourrons d'ailleurs nous entretenir, ce soir, de ce sujet. (Applaudissements).

Je passe, Messieurs, à d'autres questions. Je dois vous parler du *Journal.* Est-il nécessaire de plaider ainsi *pro domo*, puisque le journal est redevenu ma propriété ! Non, n'est-ce pas? Mais laissez-moi vous vanter un de ses mérites, puisque la mort d'un distingué collègue, M. le Dr *Albenois*, m'en fournit la triste occasion. Je serai votre interprète auprès de sa famille désolée : Il est mort bien avant l'âge. Vous aurez, Messieurs, la satisfaction de vous rappeler que c'est au journal que le regretté Albenois a dû de ne point voir ses derniers moments encore hâtés par une expulsion brutale du sein de l'Association générale des Bouches-du-Rhône, dont il faisait partie depuis de nombreuses années. Le *Concours* et ses confrères en ont appelé d'une décision prématurée et vous avez tous présente à l'esprit la lettre dans laquelle Albenois nous annonçait qu'on venait de lui rendre une justice éclatante.

Un autre confrère de l'Allier pourrait vous dire, lui aussi, le rôle de ferme soutien que le *Concours* a joué à son grand bénéfice, dans une occurrence encore plus grave. Combien d'autres médecins, en des questions moins sérieuses, ont constaté la bienfaisante action de la publicité du journal !

Ces faits sont journaliers, et il dépend de vous, chers confrères, d'accroître notre action en nous aidant de tout votre pouvoir, par des actes publics, par la propagande, par la signature des pétitions, par des démarches de tout genre. Isolés, nous ne pouvons rien ; unis, nous pourrons beaucoup !

Si je voulais m'abandonner à un courant d'idées bien naturel lorsqu'il s'agit d'un journal qui est depuis si longtemps ma principale préoccupation, je vous prendrais trop de vos instants que nous pouvons mieux employer. Je vous parlerais de tous mes projets pour la rédaction, la confection du journal, pour ses services si intéressants : des *cessions de clientèles*, des *remplacements*, du *service des nourrices*, des *fournisseurs* du *service des recherches bibliographiques et microscopiques*, etc., en un mot, de tout ce qui intéresse un médecin occupé qui a besoin qu'on lui facilite sa tâche journalière. Mais ces sujets sont beaucoup trop vastes et tout à l'heure je serai à votre disposition pour répondre aux observations que vous voudriez bien m'adresser et dont je ferai mon profit.

Pourtant laissez-moi vous parler d'une seule question : je n'ai jamais pensé que tous les *Membres du Concours* deviendraient, sans exception, les *abonnés du journal*, quoique, de l'aveu de la plupart de ses lecteurs, les médecins n'aient jamais possédé un organe plus dévoué à leur cause ! Je n'ai pas consenti, jusqu'ici, à faire recouvrer l'abonnement sans demande préalable expresse, malgré de nombreuses sollicitations qui se sont renouvelées à l'occasion de l'assemblée générale ; je reconnais que mon abstention a favorisé pour nombre de confrères, pleins de bonne volonté, ce péché de négligence si enraciné parmi nous. Je me propose donc, cette année, de faire présenter un bulletin de recouvrement aux *Membres du Concours* qui n'ont pas encore manifesté leurs intentions. Leur refus constatera qu'ils désirent rester, simplement, membres de notre *Société* et que la réception des numéros du journal qui relatent les actes de la *Société* leur suffit. De cette façon, les situations seront nettement définies.

Je suis disposé à croire, chers confrères, que vous portez quelque intérêt au journal et que vous voudrez toujours prêter à son directeur un chaleureux appui ; que sa publicité ne sera pas pour vous une publicité banale. En m'assistant ainsi, en amenant des adhérents au *Concours*, vous accroîtrez mes moyens d'action. Je vous prouverai, de mon côté, que la devise : *un pour tous, tous pour un*, sera toujours la mienne. Mon passé est mon garant ». (Applaudissements).

Le secrétaire donne alors lecture des lettres des membres du Concours qui ont fait des propositions.

La première proposition soumise à la discussion est celle de M. le Dr Machenaud, de Bordeaux. L'auteur la résume en ces termes :

1° *Les comptes de l'année financière de la Société seront arrêtés tous les ans* (cette proposition a été acceptée par le comité de Direction dans sa séance du samedi 6) ; l'Assemblée ayant fixé la date permanente de l'Assemblée générale au commencement de novembre, décide que les Comptes seront arrêtés chaque année fin septembre.

2° *Le Bilan de l'année écoulée et le projet de Budget pour l'année suivante seront publiés, au journal, un mois environ avant l'Assemblée générale.* (Adopté.)

3° *Toutes les sommes acquises à titre de dons, droits d'entrée ou autrement iront grossir le capital.* — Après discussion et observations de plusieurs membres, la proposition est repoussée, les dons devant avoir la destination assignée par le donataire et les droits d'entrée ayant statutairement la destination demandée par M. Machenaud.

4° *Jusqu'à ce que le capital ait atteint cent mille francs, l'Assemblée générale ne pourra en disposer ; la somme ci-dessus constituera le fonds inaliénable.*

Un membre fait observer que l'article est inutile, puisque les statuts ont déclaré inaliénables le capital initial de 30,000 fr. et les droits d'entrée.

5° La réserve du capital sera divisée en trois parties égales, réparties, chaque année : Un tiers à joindre au *capital* ; un tiers à la *Caisse des pensions de l'Association générale* ; un tiers à la *disposition de l'Assemblée*.

Plusieurs membres font observer que l'opportunité de cette répartition ne se produirait que dans le cas par exemple où un gros lot serait échu à la Société ; qu'actuellement les ressources suffisent seulement aux nécessités de l'organisation ; que, en ce qui concerne l'affectation à la Caisse des pensions de l'Association générale, M. *Machenaud* a oublié qu'il existe la *Caisse des pensions de retraite* fondée par le Concours médical, etc.

La proposition est repoussée.

A ce moment, l'Assemblée décide les affectations des ressources du Budget de prévision.

M. le Dr Maurat lit les propositions du Conseil de Direction.

1° Banquet annuel du Concours médical. . . . . 500 fr.

Il fait observer que les frais du banquet se sont élevés en 1885 à la somme de 860 francs pour 55 convives, soit environ 16 fr. par personne, et les recettes opérées à cette occasion, à celle de 410 francs. L'*Assemblée approuve à l'unanimité*.

2° Don à la Caisse de pensions de retraite du corps médical français 200
Adopté.

3° Don à l'Union des Syndicats. 200
Adopté.

4° Le budget de prévision des recettes laisse disponible une somme de 761,32

Un membre propose d'allouer une somme de 100 fr. pour les frais de constitution du Comité de protection des victimes du devoir professionnel. Le Directeur répond qu'il a pris la charge des frais jusqu'à ce jour. L'*Assemblée* décide que les frais ultérieurs pourront être faits par le *Conseil de Direction* jusqu'à concurrence d'une somme de 100 fr. et que le reliquat de 661.32 sera à la disposition du *Conseil.*

M. le Secrétaire donne lecture de la proposition de M. le Dr *Barnay*, de Roanne. L'auteur la formule en ces termes : « Je propose de revenir aux statuts antérieurs et d'annuler les décisions de l'Assemblée générale de 1885. Si l'opportunité de la séparation du JOURNAL et de la SOCIÉTÉ existe toujours, je propose de mettre à l'étude cette question, pour arriver à sauvegarder tous les intérêts en jeu ; puis, dans l'Assemblée générale de l'année prochaine, de voter à nouveau, en autorisant les absents à voter par correspondance. »

Divers membres font observer que les décisions de 1885 ayant été prises en conformité des statuts, il n'y a pas à y revenir.

L'Assemblée, à l'unanimité, repousse la proposition.

Proposition du Conseil de Direction.

Le Conseil de Direction demande à l'Assemblée de voter sur l'offre faite par le Directeur du journal, de remplacer le *droit d'entrée* de 10 fr. pour les *membres nouveaux* du Concours médical par le versement que fera le journal, au fonds inaliénable, du prix d'abonnement de première année.

L'Assemblée accepte à l'unanimité. (Applaudissements.)

Propositions de M. le Dr Gassot et de M. le Dr Lardier.

M. le Secrétaire donne lecture de la proposition de M. Gassot, approuvée à l'unanimité par le Conseil de Direction.

« M. *Gassot* propose de faire publier, vers la fin de l'année courante, au journal, les noms et adresses de tous les membres de la Société du Concours médical. »

A ce moment, le Président donne la parole à M. Lardier, dont la proposition se réfère à la publication de cette liste.

M. *Lardier* propose d'exclure de la Société les membres indignes d'en faire partie. Sans nommer le médecin dont il s'agit, il signale, dans la région des Vosges, un médecin qui a des pratiques contraires à toutes les règles professionnelles et qui, à son avis, doit être exclu.

Le Bureau fait observer à M. Lardier que le cas est prévu et donne lecture du règlement relatif aux formalités de l'exclusion. L'Assemblée estime que M. Lardier doit procéder, dans le cas signalé, conformément à ces règles et qu'il aura satisfaction.

M. *Lardier* adhère et il propose que les nouveaux membres du Concours soient présentés par des confrères.

L'Assemblée décide que, dorénavant, tout nouvel adhérent du Concours médical devra être présenté par un confrère et que le nom du nouveau membre et celui du médecin qui l'aura présenté, seront publiés au fur et à mesure des inscriptions, dans le corps du journal, sous la rubrique : « Adhésions au concours médical. »

L'Assemblée vote la publication de la *Liste des membres du Concours médical*.

Le Président clôt la séance en ces termes :

Messieurs,

Le Conseil de Direction exprime le désir de voir se produire à l'avenir des propositions plus nombreuses ; formuler des vœux, c'est lui indiquer la voie dans laquelle il doit entrer, pour donner satisfaction à des besoins divers qu'il peut méconnaître, malgré tout son esprit d'initiative.

Il ne peut mieux terminer qu'en vous exprimant, Messieurs, son entier et inaltérable dévouement à la cause de tous les médecins, membres ou non de notre Société, et en vous priant de faire pénétrer dans l'esprit de vos amis qui ne sont pas encore des nôtres, cette assurance dont il emprunte les termes à l'un de nos confrères, présent à la séance, que : *Le Concours médical est bien l'Association de tous les médecins qui, ayant compris les bienfaits de l'union et de la solidarité confraternelles, se sont groupés pour la défense et la protection des droits des médecins.* (Applaudissements.)

Les assistants, après quelques moments de conversation générale, vont s'asseoir au banquet.

Nous rendrons compte dans notre prochain numéro de la physionomie de la soirée et nous reproduirons les toasts que le défaut d'espace ne nous a pas permis d'insérer aujourd'hui, à notre grand regret.

Assistaient à l'Assemblée générale du Concours médical, MM.

Drs Aguilhon de Sarran, de Paris.
Baronnet, de Mantes.
Barat Dulaurier, de St-Antoine-sur-l'Isle.
Berguien, de Paris.
Besnard, de La Roche-Guyon.
Bibart, de Pontoise.
Boyer, de La Celle-St-Cloud.
Cadier, de Paris.
Caire, de Nanterre.
Callas, de Pont-Ste-Maxence.
Chayron, de Villefranche-de-Longchapt.
Chevallereau, de Paris.
Chevandier (de la Drôme).
Chopinet, de Crépy-en-Valois.
Constantin, de St-Barthélemy.
Cancalon, de Charenton.
Courgey, d'Ivry.
Coutan, du Tréport.
Daussure, de St-Vrain
De Fourmestraux, de Trappes.

Drs Destrem, de Paris.
Dupont, de Triel.
Gauthier, de Magny-en-Vexin.
Goyard, de Paris.
Grellety, de Vichy.
Hamon, de Paris.
Jardin, d'Auray.
Jeanne, de Melun.
Lande, de Bordeaux.
Larmande, de Bordeaux.
Lardier, de Rambervilliers.
Lasalle, de Lormont.
Lecuyer, de Beaurieux.
Leroy, de Villers-le-Bel.
Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray.
Legoux, d'Albert (Somme).
Lemaire, de Compiègne.
Lédé, de Paris.
Limouzin-Lamothe, de Mormand.
Loyson, de Brunoy.

Drs Luneau, de Nantes.
Martelli, de Rugles.
Mangenot, de Paris.
Maurat, de Chantilly.
Maurel, de Paris.
Mignen, de Montaigu.
Millet, de Crépy-en-Valois.
Monin, de Paris.
Mora, de Bazoches-l.-Gallerandes.
Odin, de St-Honoré.
Pichard, de Regmalard.
Ribart, de Meudon.
Ribart, de Paris.
Rizat, de Paris.
Rogée, de St-Jean-d'Angély.
Sabatier, de Paris.
Sutil, de La Chapelle-la-Reine (Seine-et-Oise).
Tison, de Paris.
Toussaint, d'Argenteuil.
Vignes, de Corbeil, etc., etc.

Et au Banquet, MM.

Dr Cézilly.
MM. Chastenet, conseil judiciaire de l'Union.
Lordereau.
Drs Barette.
Le Gendre e..
M. Lepage.
M. Steinheil.
M. Daix (E.).
Drs Aguilhon de Sarran, de Paris.
Boyer, de La Celle-St-Cloud.
Baronnet, de Mantes.
Berguien, de Paris.
Barat-Dulaurier, de St-Antoine-sur-l'Isle.
Chevallereau, de Paris.
Courgey, d'Ivry.
Chayron, de Villefranche-de-Longchapt.
Caire, de Nanterre.

Drs Cancalon, de Charenton.
Chopinet, de Crépy-en-Valois.
Chevandier, de Paris.
Cadier, de Paris.
Constantin, de St-Barthélemy.
Coutan, du Tréport.
Daussure, de Saint-Vrain.
Destrem, de Paris.
Grelletty, de Vichy.
Goyard, de Paris.
Lardier, de Rambervillers.
Lande, de Bordeaux.
Lecuyer, de Beaurieux.
Le Menant des Chesnais, de Ville-d'Avray.
Lasalle, de Lormont.
Legoux, d'Albert.
Lemaire, de Compiègne.
Limouzin-Lamothe, de Mormand.

Drs Luneau, de Nantes.
Maurel, de Paris.
Margueritte, du Havre.
Maurat, de Chantilly.
Mignen, de Montaigu.
Mora, de Bazoches-les-Gallerandes.
Monin, de Paris.
Odin, de St-Honoré.
Pichard, de Regmalard.
Rizat, de Paris.
Ribart, de Meudon.
Ribart, de Paris.
Sutil, de La Chapelle-la-Reine.
Sabatier, de Paris.
Toussaint, d'Argenteuil.
Tison, de Paris.
Vignes, de Corbeil.

STATUTS DE LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL.

Article premier. — Il est fondé une société entre : d'une part, le Docteur Cézilly, fondateur du *Concours médical*, et d'autre part, tous ceux qui adhéreront aux présents statuts, d'après le mode indiqué à l'article 16, ci-après.

Art. 2. — Cette société se dénomme : *Société civile du Concours médical*
Son siège est à Paris. — Sa durée est illimitée.

Art. 3. — La Société a pour objet l'étude et la mise en pratique des œuvres reconnues utiles à la profession médicale.

Art. 4. — Les docteurs en médecine ou officiers de santé reçus devant une Faculté française peuvent seuls être admis au nombre des membres de la Société civile.

Art. 5. — Le nombre des membres de la Société civile n'est pas limité.

Art. 6. — La Société se réserve le droit d'exclure un ou plusieurs de ses membres ; mais cette exclusion

ne pourra être prononcée que pour cause d'indignité. Un règlement intérieur déterminera les conditions dans lesquelles ces exclusions seront prononcées.

ART. 7. — Les membres de la Société civile peuvent se retirer par simple lettre adressée au Directeur.

ART. 8. — Le sociétaire qui se retire, ou qui est l'objet d'une exclusion, perd, *ipso facto*, tous ses droits dans l'actif social et les avantages sociaux. Il n'est admis à faire valoir aucune revendication.

ART. 9. — Le fonds social se compose :

A. De la somme de 30.000 *francs*, ci-dessus énoncée.

B. Des revenus de la dite somme.

C. De tous les dons faits au profit de la Société et, en un mot, de tous les fonds et revenus qui pourront provenir à la Société de quelque source que ce soit.

ART. 10. — Le fonds social ne peut, en aucun cas, être distribué entre les sociétaires par voie de répartition individuelle et proportionnelle. Il ne peut être employé que dans l'intérêt commun et dans un but d'utilité générale, et, en tout cas, que conformément aux décisions de l'Assemblée générale annuelle.

Partie de ce fonds pourra être affectée, par cette Assemblée, aux besoins d'un ou plusieurs sociétaires, dans un but de solidarité et de confraternité.

ART. 11. — Le docteur Cezilly est directeur de la Société, conformément à l'article 1855 du code civil.

ART. 12. — Près du Directeur est institué un *Conseil de Direction* composé de *trois membres*, nommés par l'Assemblée générale, sur la présentation du Directeur. — Sous la présidence du Directeur, ce Conseil dirige la Société, et administre les fonds. — Les fonctions de ses membres sont gratuites ; mais ils reçoivent un jeton de présence dont la valeur est fixée à 20 fr. — Le Conseil siège au moins trois fois l'an. — Il exécute les décisions de l'Assemblée générale, et il adresse à l'Assemblée générale un rapport annuel sur la situation morale et matérielle de la Société.

ART. 13. — Chaque année a lieu une assemblée générale des sociétaires : cette assemblée prononce souverainement sur toutes les questions intéressant la Société civile.

ART. 14. — L'Assemblée délibère valablement à la majorité absolue des membres présents quel qu'en soit le nombre.

Nul ne peut se faire représenter à l'Assemblée générale.

ART. 15. — L'adhésion aux présents statuts sera constatée :

A. *Pour les* 3.350 *membres actuels du Concours médical* : par le **non renvoi**, dans la quinzaine de la publication au journal des statuts modifiés, de leur carte de *membres du Concours*. Ces 3.350 sociétaires ne versent pas de droit d'entrée.

B. *Pour tout autre médecin qui désirera faire partie de la Société* : par la signature d'une *formule d'adhésion* aux statuts et par le versement d'un droit d'entrée, de 10 francs, destiné à accroître le *fonds social* (1). Ces formalités remplies, sa carte de sociétaire lui sera expédiée.

ART. 16. — Aucune modification ne pourra être faite aux présents statuts, ni aux conventions qui les précèdent, que du consentement des parties contractantes ; savoir :

Le Directeur du *Concours médical*, propriétaire du journal, d'une part ;

Et d'autre part la *Société civile du Concours médical*.

ART. 17. — Les modifications dont il est parlé à l'article précédent seront faites, en ce qui concerne la Société civile, par une assemblée générale spécialement convoquée à cet effet, avec indication préalable de l'ordre du jour.

ART. 18. — Les présentes ont été soumises à l'examen et à la ratification de *l'Assemblée générale* du 9 août 1885. Les délibérations ont été prises, dans cette assemblée, à la majorité absolue des membres présents, et les décisions sont obligatoires pour tous les adhérents.

ART. 19. — Le *journal* le *Concours médical* est l'organe de la *Société du Concours médical ;* mais les membres de la Société ne sont pas tenus de devenir les abonnés du journal. — Celui-ci adresse aux membres de la Société non abonnés les numéros contenant le compte rendu des *Assemblées* et des *actes*.

Art. 20. — A dater de ce 10 août seulement, les nouveaux adhérents de la *Société du Concours médical* auront à payer le droit d'entrée ci-dessus spécifié. (1)

(1) NOTA BENE. — *Conformément à la décision de l'Assemblée générale du 7 novembre 1886 et sur l'offre du Directeur du Concours, chaque adhérent nouveau peut se dispenser de verser son droit d'entrée à la Société, s'il s'abonne au journal, le Directeur du journal faisant abandon à la Société du prix de la première année d'abonnement.*

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place Saint-André, 3.

FORMULE D'ADHESION

A LA SOCIÉTÉ PROFESSIONNELLE « LE CONCOURS MÉDICAL »

Je soussigné (NOM, PRÉNOMS ET QUALITÉS), ______________________________

____________________ *Médecin à* ____________________

arrondissement d ________________ *département d* ________________

âgé de ________ *reçu en* ________ *désire faire partie des Membres de la* **Société du Concours Médical,** *dont j'accepte les statuts.*

A ________________ *le* ____________ 188

(SIGNATURE)

Détacher, affranchir et adresser à M. le Directeur de la Société **DU CONCOURS MÉDICAL**

2, rue Casimir-Delavigne, 2

BULLETIN D'ABONNEMENT

AU JOURNAL « LE CONCOURS MÉDICAL »

Je soussigné (NOM ET PRÉNOMS) ______________________________

médecin à ________________ *département* ________________

déclare m'abonner au Journal LE CONCOURS MEDICAL *à partir du*

1er ____________ 188 *moyennant la somme de* **dix francs.**

Le ________________ 188

(SIGNATURE)

Détacher et adresser à M. l'Administrateur du *Concours Médical*, **2, rue Casimir-Delavigne, Paris.**

Les abonnements partent du 1er de chaque mois. On peut envoyer un mandat-poste ; à défaut d'envoi l'Administration fera recouvrer à domicile.
On peut s'abonner dans tous les bureaux de poste.

Huitième année | N° 48 | 27 Novembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Paul Bert.

C'est à coup sûr une existence bien remplie et digne de tenter un biographe que celle qui vient de finir si glorieusement là-bas, pour le service de la patrie. Nous ne recommencerons pas l'énumération des nombreux titres qu'avait Paul Bert à l'admiration des savants ; toute la presse les a rappelés depuis quelques jours ; mais nous ne pouvons nous dispenser de mettre en lumière les principaux points qui nous frappent dans cette vie et ce caractère. Nous le pouvons d'autant moins qu'il nous avait été donné à une certaine époque d'approcher le député de l'Yonne et d'apprécier particulièrement plusieurs de ses rares qualités, son extrême variété d'aptitudes, sa puissance de travail, la droiture de son caractère.

Rompu aux recherches de physiologie expérimentale sous la direction de Cl. Bernard, et véritablement doué par la nature pour ce genre de travaux, Paul Bert a fourni la plus brillante carrière scientifique. Professeur d'abord à la Faculté des Sciences de Bordeaux, puis à la Sorbonne, il a jusqu'au jour de son entrée dans la politique mené de front, avec le même succès, l'enseignement et les recherches personnelles.

En physiologie, ses études sur la *Respiration*, la *pression barométrique* et les *anesthésiques* sont regardées à juste titre comme des modèles. A propos de la respiration, il met en évidence les variations de la respiration élémentaire, c'est-à-dire la quantité d'oxygène consommée par les différents tissus, suivant la nature des animaux et les âges.

A propos de la pression barométrique, il étend nos connaissances sur l'air comprimé, analyse et décrit les accidents causés par la décompression brusque ou trop rapide (maladie des plongeurs, mal des montagnes). Ses recherches sur l'action physiologique des mélanges anesthésiques titrés nous ont appris qu'un mélange de trois quarts de protoxyde d'azote et d'un quart d'oxygène sous la pression d'un quart d'atmosphère assure une anesthésie régulière et sans danger, et que le mélange en proportions déterminées de chloroforme et d'air atmosphérique permet d'éviter les accidents de la chloroformisation.

On cite encore parmi ses travaux physiologiques les plus intéressants ses premières recherches sur la greffe animale et la vitalité autonome des tissus animaux (expérience du rat à trompe, etc.), ses mémoires sur le mouvement de la sensitive, sur l'action de la lumière, la coloration des animaux, l'asphyxie, l'apnée, l'origine du sucre de lait, la rigidité cadavérique, etc. Il est bien à désirer qu'un de ses élèves fasse pour lui ce qu'il avait fait lui-même pour Cl. Bernard en réunissant plusieurs de ses travaux épars.

Lorsque Paul Bert voulut s'occuper de questions médicales proprement dites, il fut assez mal inspiré, et nous ne saurions partager l'engouement qu'il manifesta tour à tour pour la dosimétrie, la métallothérapie et la poudre de sang.

Paul Bert écrivait clairement ; il parlait avec chaleur et conviction.

Nous ne parlerons pas de son rôle politique ; ce n'est pas ici le lieu, mais nous pouvons dire que nous admirons sans réserve la campagne qu'il avait menée pour relever le rôle social de nos instituteurs primaires. Sa fin est digne d'envie et nous applaudissons aux honneurs qu'on se prépare à rendre à sa mémoire.

Le conseil municipal de Bordeaux vient de décider à l'unanimité que son nom serait donné à une

rue de la ville, et une souscription pour lui élever un monument à Auxerre est ouverte.

La paralysie ourlienne.

Aucun auteur classique ne signale les paralysies comme des complications possibles des oreillons, et cependant la nature infectieuse de la maladie ourlienne devait faire penser que le système nerveux pouvait être affecté dans ses éléments sensitifs et moteurs par les agents pathogènes de cette maladie, comme on savait déjà qu'il l'est dans les fonctions auditives et visuelles. M. le Dr A. Joffroy, médecin de la Salpêtrière, a rapporté un cas de paralysie dans la convalescence des oreillons et il n'hésite pas à rattacher nettement les phénomènes paralytiques à l'affection ourlienne. C'est vingt et un jours après celle-ci, chez un enfant de 4 ans 1/2, que survinrent des douleurs lancinantes et constrictives, des fourmillements et des sensations prurigineuses dans les membres et aux organes génitaux, puis des signes de paraplégie flasque; la paralysie s'étendit, quoique à un moindre degré, aux membres supérieurs. Il n'y eut ni raideur, ni contracture, mais abolition complète des réflexes tendineux, suppression de la contractilité électrique faradique et galvanique. Cette abolition de la contractilité électro-musculaire était aussi marquée aux membres supérieurs simplement parésiés qu'aux membres inférieurs véritablement paralysés. La sensibilité des muscles était notablement exaltée et la pression la plus légère des masses musculaires produisait une vive douleur. Par contre, la sensibilité cutanée était un peu émoussée et les réflexes cutanés abolis. Les mouvements de la respiration étaient réguliers ; ceux du cœur furent passagèrement précipités, il y eut quelques troubles vésicaux très passagers. Mais en même temps existait une albuminurie persistante.

Le père de l'enfant, médecin, avait bien recueilli les détails de l'évolution ; il avait d'abord pensé à des accidents rhumatismaux, mais n'avait obtenu aucun résultat du salicylate de soude. Un chirurgien et un médecin, qu'il consulta successivement, songèrent le premier à un mal de Pott, le second à une paralysie spinale subaiguë (paralysie infantile). M. Joffroy, qui vit ensuite l'enfant, n'admit ni l'une ni l'autre de ces hypothèses. « D'une part, dit-il, la suppression des réflexes tendineux, l'intégrité des fonctions de la vessie et du rectum, l'abolition de la contractilité électro-faradique et électro-galvanique des muscles, l'hyperesthésie musculaire, et l'anesthésie cutanée unie à l'absence d'abcès par congestion, de déformation et d'endolorissement de la colonne vertébrale me faisaient rejeter sans discussion l'hypothèse du mal de Pott. — D'autre part, la diffusion des lésions, l'albuminurie et surtout les troubles sensitifs me faisaient douter de la réalité d'une paralysie infantile. »

M. Joffroy sur la seule considération des symptômes constatés songeait à la paralysie diphthéritique. Mais, lorsque l'interrogatoire lui eut appris que la paralysie avait été précédée non de diphthérie, mais des oreillons, il admit aussitôt que ceux-ci devaient être incriminés.

La thérapeutique consista en médicaments toniques, frictions stimulantes, et iodure de potassium à la dose de 0 gr. 25 centigr. Les mouvements revinrent progressivement dans les membres inférieurs, puis dans les membres supérieurs, et l'albuminurie diminua bientôt d'intensité, mais elle ne disparut qu'au bout de 4 mois.

La transmission de la fièvre typhoïde par l'eau

Un événement bien dramatique est venu, en décimant la famille d'un médecin éminent des hôpitaux, prouver une fois de plus le mode de transmission le plus habituel de la fièvre typhoïde. M. F..., personnage important de l'université, était allé passer l'été dernier à Pierrefonds avec sa famille, composée de sa femme et de lui, de trois jeunes filles et de deux bonnes ; il avait loué une maison située au bas du célèbre château, et n'avait pas été prévenu naturellement que dans cette maison comme dans les deux maisons voisines il y avait eu à plusieurs reprises des cas de fièvre typhoïde. Ce groupe de trois maisons recevait l'eau d'un puits commun. M. F..., prévenu par son frère des précautions qu'il est toujours nécessaire de prendre avec l'eau des villages, avait emporté plusieurs caisses d'eau minérale et l'eau du puits ne servit pendant toute la saison qu'aux usages non culinaires. Par malheur, la veille du jour du départ, la provision d'eau minérale étant épuisée, on crut pouvoir faire usage pour une fois de l'eau du puits pour la cuisine. Le résultat fut le suivant. Sur cette famille de 7 à 8 personnes toutes prirent la fièvre typhoïde ; une d'entre elles, qui, ayant eu autrefois cette maladie, n'eut qu'une atteinte légère, cinq succombèrent. Sur l'ensemble des personnes qui habitaient les trois maisons contiguës, il y eut 16 ou 17 cas de fièvre typhoïde.

L'enquête a appris que, par suite d'une canalisation vicieuse, le puits communiquait par infiltration avec une fosse d'aisances. Dans l'eau de ce puits, l'analyse de M. le Dr Chantemesse démontra qu'il existait un nombre extraordinaire de bacilles de la fièvre typhoïde : c'est même la première fois, qu'on ait trouvé dans l'eau, par l'examen direct, le bacille pathogène. La démonstration de la transmission de celui-ci par l'eau est d'ailleurs indéniable, depuis les belles recherches faites en Angleterre par Budd et Murchison. Quand donc existera-t-il une direction de la santé publique, armée, par une loi salutaire, du pouvoir d'infliger des pénalités aux membres des municipalités comme aux particuliers qui tous méprisent absolument les règles les plus élémentaires de l'hygiène et constituent dès lors un véritable danger public ?

La direction de l'Assistance publique.

D'après un rapport, en date du 1er novembre, adressé par M. Sarrien, ministre de l'intérieur, au

président de la République, sur la réorganisation de son ministère, deux bureaux du ministère de l'intérieur (établissements nationaux de bienfaisance et sociétés de secours mutuels), jusqu'ici rattachés à la direction du secrétariat et de la comptabilité, formeraient le noyau d'une direction nouvelle qui se complétera par l'adjonction du bureau des aliénés, des enfants assistés et de la mendicité et du bureau des hospices, bureaux de bienfaisance et monts-de-piété, qui sont détachés de la direction départementale.

« Ainsi, dit le ministre, se trouve réunie en un seul service toute l'administration de l'Assistance publique et des institutions de prévoyance. Cette concentration, depuis longtemps reconnue nécessaire, n'a été retardée jusqu'ici que pour ne pas augmenter, par la création d'un nouveau service, les charges de l'Etat. Aujourd'hui que la réorganisation d'ensemble proposée permet d'obtenir le résultat désiré, non seulement sans dépense nouvelle, mais, ainsi qu'il sera établi plus loin, avec une notable économie, rien ne paraît plus s'opposer à son adoption. Ce sera le côté le plus caractéristique et le plus fructueux de la refonte opérée, que d'avoir réuni en un seul faisceau les fragments épars de nos services charitables. Sans exposer ici le fonctionnement des institutions de bienfaisance, il est bon de rappeler que les dispositions législatives diverses qui les régissent ne se sont presque jamais inspirées de principes généraux, et qu'aucune conception d'ensemble n'a présidé à leur élaboration. A une époque où les questions d'assistance sociale sont à l'ordre du jour et passionnent tous les esprits, il semble indispensable que l'administration fasse ce qui dépend d'elle pour se tenir à la hauteur de sa tâche. La création d'une direction spécialement chargée d'appliquer la législation charitable constitue un progrès sérieux, en permettant d'étudier le problème dans son ensemble. »

Le titulaire de la nouvelle direction est M. le Dr Cazelles, ancien interne des hôpitaux de Paris, en dernier lieu préfet du département des Bouches-du-Rhône, et fort estimé du corps médical. Notre confrère A. Chevallereau, tout en approuvant le projet Sarrien, montre toute l'insuffisance de cette solution (1).

« Le nouveau directeur, dit-il, aura sous son influence les hôpitaux, les hospices, les asiles d'aliénés, les bureaux de bienfaisance, la protection des enfants du premier âge, les enfants assistés, les crèches, le service de la médecine gratuite dans les campagnes, en un mot tout ce qui concerne l'assistance publique. Il aura toute facilité de proposer des mesures pour combattre le mal existant, mais il n'aura aucun moyen d'empêcher le mal de se produire ; toutes les mesures préventives resteront en dehors de lui. En effet, tous les services, si nombreux et si importants, relatifs à l'hygiène, ne figurent pas dans cette énumération, parce que, chose curieuse, ils dépendent non pas du ministère de l'intérieur, mais du ministère du commerce et de l'industrie ! Il nous suffira de citer la police sanitaire maritime, le comité consultatif d'hygiène publique, les conseils et commissions d'hygiène, le service des épidémies à l'intérieur, les établissements industriels classés sous le rapport de la salubrité, le travail des enfants et des filles mineures dans les usines et les manufactures, les eaux minérales, l'alimentation des villes en eau potable, le service de la vaccine, la police médicale et pharmaceutique, les logements insalubres.

On voit que la partie des services médicaux qui se rattachent au ministère de l'industrie et du commerce est au moins aussi importante que celle qui dépend du ministère de l'intérieur. Au ministère de l'agriculture lui-même se rattachent des services qu'une direction de la santé publique pourrait justement revendiquer : tels sont le service sanitaire vétérinaire et le service des épizooties. Il serait en effet difficile de nier l'influence considérable que les maladies et les épidémies qui sévissent sur les animaux peuvent exercer sur l'hygiène publique.

En somme, tous les médecins sont aujourd'hui d'accord pour demander la réunion sous une même direction de tous les services afférents à la santé et à l'hygiène publiques ; des vœux dans ce sens ont été maintes fois formulés par les congrès d'hygiène, par les sociétés d'hygiène et par l'Académie de médecine elle-même. La modification proposée par le ministre de l'intérieur pour l'organisation de son ministère réunit dans les mêmes mains tout ce qui est relatif à la bienfaisance, mais elle ne peut faire autre chose... »

(1) France Médicale, 11 novembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 16 novembre).

L'alcoolisation des vins.

M. Tillot (de Luxeuil) a été élu membre correspondant national par 37 voix contre 30 données à M. aCrlot (de Grenoble), 2 à M. Picot (de Bordeaux) et 2 à M. Mauricet (de Vannes).

La discussion sur *l'alcoolisation des vins* a été continuée par M. *Valin*. Celui-ci pense, comme M. Riche, que le vinage avec une petite quantité d'alcool parfaitement pur, obtenu du riz ou du maïs, dans une grande usine, par distillations fractionnées est moins nuisible qu'une même quantité d'un esprit de qualité inférieure provenant de cidres ou de vins gâtés, de marcs de raisin ou de pommes avariées, portés dans l'alambic primitif du bouilleur de cru. D'après lui, c'est moins la provenance que l'impureté de l'alcool qui fait le danger du vinage, et, si on avait un moyen de s'assurer directement ou indirectement que le vinage n'a été fait qu'avec de l'alcool chimiquement pur, il ne verrait pas la nécessité de prohiber le vinage si rigoureusement ; ce contrôle étant encore impossible dans l'état de nos connaissances en chimie, la tolérance serait dangereuse.

Il désire ne pas voir l'Académie affirmer la valeur hygiénique du sucrage des moûts, alors que la fermentation mal dirigée des moûts sucrés engendre des produits impurs ou toxiques.

M. Valin critique la formule employée par la commission, quand elle dit, dans sa quatrième conclusion que les alcools dits supérieurs sont plus nuisibles que les autres ; cette dénomination ne peut être comprise que des chimistes, elle signifie que ces alcools, de la qualité la plus inférieure au point de vue hygiénique, sont représentés par une formule dont les chiffres atomiques sont très élevés. Il est probable que ces alcools de basse qualité ne sont pas seulement nuisibles en tant qu'alcools amylique ou propylique, mais aussi en raison de certains principes nocifs encore mal déterminés : éthers, huiles essentielles, etc. M. Valin propose de dire seulement que les esprits mal rectifiés contiennent des principes toxiques. Il termine en mettant en relief l'insuffisance de nos connaissances actuelles sur les deux points suivants :

Quelles sont, indépendamment des alcools amylique, propylique, butylique, etc., les substances toxiques qui se trouvent dans les alcools mal purifiés et quelle est leur action spéciale sur l'organisme ? Comment peut-on reconnaître et doser ces principes toxiques quand l'alcool qui les contient est mélangé aux vins et à d'autres liquides complexes ? Il appartient à l'Académie de hâter, en sollicitant et facilitant de telles recherches par des subventions et des prix, la solution de ces questions si capitales au point de vue de la prophylaxie et de la répression de l'alcoolisme.

Séance du 23 novembre

M. Javal est venu rappeler très heureusement à l'Académie que le tournoi scientifique engagé sur le vinage, si brillant qu'il soit, a le défaut de se prolonger trop et risque de n'aboutir à des conclusions fermes que quand le gouvernement qui les a sollicitées n'en aura plus besoin, la question pendante se rattachant à l'impôt sur les alcools, connexe du budget des recettes.

Cependant, la discussion continue par un discours de M. Léon Le Fort, qui n'apporte pas d'éléments nouveaux dans la question et qui insiste seulement sur l'utilité de mettre en lumière dans les conclusions la distinction si judicieusement établie par M. Dujardin-Beaumetz, entre l'ivrognerie qui résulte surtout de l'abus du vin et des spiritueux et l'alcoolisme qui est surtout le résultat de l'abus et même de l'emploi, quelque peu exagéré, d'alcools de mauvaise nature, sous quelque forme qu'ils soient ingérés.

Enfin, M. Brouardel a terminé le débat par un résumé très clair et très médical surtout, et qui conclut à l'adoption des conclusions présentées par la commission.

Il dit que, malgré les progrès de la distillerie, il ne saurait se ranger à l'opinion des divers orateurs qui ont soutenu la cause du vinage, parce que, d'une part, l'augmentation de la consommation d'un alcool même pur, à doses journalières répétées, n'est pas sans inconvénients; parce que, d'autre part, rien ne garantit que le vinage se fera avec ces alcools bien rectifiés, surtout quand on pense que le bénéfice du commerce est de vendre où nous n'avons aucun contrôle.

De plus, les faits cliniques en présence desquels les médecins sont journellement placés suffisent à leur prouver que les accidents de l'alcoolisme se manifestent de plus en plus fréquemment, même chez des personnes qui ne font pas d'excès alcooliques et qui ne boivent que du vin.

Enfin, on ne peut dire que le mouillage, conséquence obligée du vinage, soit *non nuisible* pour la santé publique. Il substitue à un produit alimentaire un autre qui a perdu tout ou partie de ses propriétés alibiles. Il altère le produit mis à la disposition du consommateur, au grand détriment de ses fonctions digestives et de sa santé générale.

Pour ces diverses raisons, M. Brouardel espère que l'Académie votera la première conclusion proposée par la commission.

En l'adoptant, l'Académie sait qu'elle n'aura pas fait cesser les ravages de l'alcoolisme en France, les plus sages conseils ne peuvent rien sur l'alcoolisme volontaire. Mais l'Académie doit signaler à l'attention des pouvoirs publics cet alcoolisme inconscient, clandestin qui existe déjà et constituerait un véritable danger pour les populations si on autorisait le vinage dans les conditions proposées. En dévoilant le péril, l'Académie aura fait son devoir. (Applaudissements.)

— A quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

Sur la conduite à tenir dans les cas de rétention du placenta après l'avortement, par M. le Dr P. Budin.

Cette question a été très discutée dans ces dernières années. Deux complications principales peuvent survenir dans ces cas : l'hémorrhagie et la septicémie. Contre ces accidents, les interventions manuelles et instrumentales sont-elles rationnelles et nécessaires ? Pour les faire accepter de tous, il faudrait démontrer deux choses : 1° que la rétention du placenta est réellement une source d'accidents fréquents ; 2° que toutes les manœuvres digitales et instrumentales auxquelles on a recours n'offrent aucun danger.

A la première question, M. Budin répond par des faits qu'il emprunte à son service de la Charité et à la Maternité : sur un total de 210 cas d'avortement (57 à la Charité, 153 à la Maternité), il y a eu 46 fois rétention du placenta, soit 22 p. 100 : or, à la Charité, il n'y a pas eu d'hémorrhagie; à la Maternité il y a eu deux fois une légère hémorrhagie au moment de la délivrance tardive. Les accidents septiques ont été presque nuls. Il n'y a eu qu'un seul décès, celui d'une femme entrée à la Maternité avec de la bronchite et de la fièvre, qui a expulsé son placenta au bout de soixante heures, et qui est morte quinze jours après son avortement.

Donc, sur 210 avortements s'accompagnant 46 fois de rétention du placenta, il n'y a eu qu'un seul dé-

cès dont la cause ne paraît guère imputable à l'avortement.

Quant aux manœuvres digitales, instrumentales, etc., elles sont ou inefficaces ou dangereuses. Différents opérateurs ont constaté des hémorrhagies graves, de l'endométrite, des phlegmons pelviens et des cas de mort à la suite d'interventions de ce genre.

Le traitement suivi à la Maternité et à la Charité se résume ainsi : Dans les cas simples, toilettes et injections vaginales antiseptiques, et l'arrière-faix s'élimine en général spontanément. S'il survient des complications graves : contre l'hémorrhagie, on emploiera le tamponnement exécuté avec toutes les précautions antiseptiques ; contre la septicémie au début, les injections vaginales antiseptiques faites toutes les deux heures et même toutes les heures ; si les symptômes d'infection sont graves, on fera des injections intra-utérines antiseptiques (sublimé 1 p. 2,000 ou 3,000, acide phénique à 3 p. 100). Les lavages intra-utérins doivent être pratiqués avec une sonde qui assure le retour du liquide, par exemple, avec la sonde à canal en forme de fer à cheval. L'état général ne sera pas négligé et on administrera le sulfate de quinine. C'est cette méthode — expectation et antisepsie — qui a donné les résultats énoncés ci-dessus ; il semble difficile d'en obtenir de meilleurs. Elle a, en outre, l'avantage de pouvoir être mise facilement en pratique par tous les médecins et par les sages-femmes. (Comm. MM. Polaillon, Blot, Tarnier).

RECUEIL DE FAITS CLINIQUES

Luxation complète de la rotule par renversement de dedans en dehors, par le Dr Malivert (de Beaumont, Dordogne).

Cette variété de luxation de la rotule est extrêmement rare ; les ouvrages classiques les plus récents n'en contiennent que quatre observations ; trois dues à Bruyères, Payen et Castara sont relatées dans le livre de Malgaigne ; la dernière, due à Gaulke, a été insérée dans l'article du Dr Berger dans le Dictionnaire Enclycopédique. Ayant eu récemment l'occasion d'observer un fait de cette nature, j'ai pensé qu'il serait utile de l'ajouter à ceux que renferme déjà la littérature chirurgicale.

Le 25 août dernier, je fus appelé près d'une dame H. N., âgée de 24 ans, de bonne constitution, quoique très maigre, et nourrice d'un enfant de 8 mois. Deux heures avant mon arrivée, étant assise sur son lit et voulant faire passer son enfant du sein gauche au sein droit, elle avait fait un mouvement assez brusque et avait heurté la partie interne du genou droit, légèrement fléchi et tourné en dehors, contre le dessous du berceau. Immédiatement elle avait ressenti une douleur très vive, et il lui était devenu impossible d'étendre ou de fléchir la jambe. A mon arrivée, la jambe était demi-fléchie, on était frappé par une déformation évidente du genou. La rotule était complètement chassée de sa place ; le bord interne de cet os était devenu postérieur et l'externe antérieur ; la surface cartilagineuse tournée en dehors se reconnaissait à sa saillie médiane, tandis que la face sous-cutanée était inclinée en dedans. A côté d'elle, on sentait très facilement la dépression formée par la poulie fémorale. Le tendon du droit antérieur et le tendon rotulien étaient fortement tendus sous la peau; on ne pouvait imprimer au membre aucun mouvement sans arracher des cris à la malade. Le diagnostic était certain, et immédiatement je procédai à la réduction que j'obtins de la façon suivante : La malade étant assise sur son lit, le tronc redressé, un premier aide saisit la cuisse avec les deux mains et s'efforça de refouler en bas les muscles afin de mettre dans le relâchement les tendons extenseurs. Un second aide, saisissant le pied s'efforçait d'étendre la jambe en la soulevant légèrement. Saisissant alors la rotule à deux mains, je lui imprimai un mouvement pour la refouler de bas en haut et opérer le déplacement. A peine l'avais-je attiré au-dessus de la saillie du condyle externe, qu'elle glissait d'elle-même en se retournant et venait reprendre sa place en faisant entendre le bruit caractéristique. La réduction s'était opérée sans aucune difficulté, et immédiatement les mouvements sont devenus faciles, quoiqu'un peu douloureux. Sur les côtés de la rotule, je plaçai des compresses graduées et j'entourai le genou d'une couche d'ouate et d'un bandage roulé. Au bout de huit jours la malade recommença à marcher avec un bâton ; et actuellement, 45 jours après l'accident, les mouvements sont tout à fait libres et il n'y a aucune douleur ; j'ai conseillé l'usage d'une genouillère pendant quelque temps.

Remarques.

L'observation que l'on vient de lire est la cinquième connue dans la science; il ne faut pas la confondre avec la luxation de la rotule en dehors ordinaire, dans laquelle la face externe de cet os regarde en dehors, tandis que sa surface cartilagineuse ou postérieure est appuyée sur la face interne du condyle fémoral. Dans notre cas, outre son transport en dehors, la rotule a subi un mouvement de torsion sur son axe vertical, de telle façon que sa face postérieure regarde en dehors, tandis que la face cutanée repose sur le côté externe du condyle. Le tendon rotulien et le droit antérieur ont subi un mouvement de torsion, et les ligaments latéraux de la rotule violemment distendus ont été déchirés. D'après les circonstances dans lesquelles cette luxation s'est produite, voici comment on peut comprendre le mécanisme. La rotule est d'abord poussée directement et violemment de dedans en dehors, et le genou étant légèrement fléchi son bord interne s'accroche au rebord externe de la trochlée. Mais en même temps, les fibres du triceps et du tendon ro-

tulien, qui vont se fixer aux deux extrémités du bord externe de l'os, étant très violemment tendues et la flexion de la jambe continuant, le bord externe exécute un arc de cercle de dehors en dedans et la face cutanée de la rotule glisse sur la surface condylienne, tandis que la face cartilagineuse devient sous-cutanée. Pour que la réduction s'opère, il faut que le muscle triceps soit relâché le plus possible comme l'a fait notre confrère ; alors la rotule devient plus libre et le muscle droit antérieur et le tendon rotulien tendent à se détordre de telle sorte que la rotule exécute ensuite un mouvement diamétralement opposé à celui qui a accompagné son déplacement. Le bord externe se redresse et tourne de dedans en dehors, l'interne se dégage et se porte en avant et la rotule franchissant la lèvre externe de la trochlée revient à sa place. Gaulke signale, comme le Dr Malivert, la rapidité du mouvement de rotation de la rotule autour de son axe et le bruit qu'elle produit en rentrant dans sa situation naturelle.

Dr B.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

ÉCHOS DU BANQUET DU 7 NOVEMBRE

Nous compléterons le récit de l'intéressante journée du 7 novembre, que le défaut d'espace nous avait obligés d'écourter, en disant que le banquet et la soirée ont été particulièrement gais cette année. La maison Véfour avait tenu les promesses de son menu et tous les convives étaient en excellente disposition pour écouter les toasts, dont l'explosion du premier bouchon de Champagne a donné le signal.

Toast de M. le docteur Cézilly.

Messieurs,

Depuis la fondation du Concours, c'est la septième fois, je crois, que je porte le même toast et toujours avec le même plaisir.

Je ne cours aucun risque à me répéter, puisque je suis toujours assuré de vos applaudissements, en vous invitant à boire à la santé de nos aimables invités et à celle des membres du Concours absents de notre Banquet. Ils sont, chers confrères, les *victimes du devoir professionnel*. A leur santé, Messieurs, et à la vôtre. (Applaudissements.)

Toast de M. le docteur Marguerítte.

Messieurs,

Je vous propose de boire à la prospérité toujours croissante des Syndicats médicaux. Le développement qu'ils ont pris depuis leur fondation me semble être une garantie de leur durée dans l'avenir.

En même temps que nous viderons nos coupes en l'honneur des syndicats, permettez-moi d'associer à ce toast le nom du Dr Dupuy, de Vervins, que vos suffrages viennent unanimement de placer à la tête de l'Union des Syndicats. Il est regrettable que ses devoirs politiques l'aient tenu éloigné de notre réunion. C'est un motif de plus pour le saluer de loin avec autant de chaleur que nous l'eussions acclamé, s'il eût pu assister de sa personne à notre confraternel festin.

N'oublions pas non plus, Messieurs, le Dr Chevandier, notre ami, notre soutien de la première heure. Il a vu naître les Syndicats, les a toujours encouragés, a bien voulu partager et diriger leurs travaux pour la confection de la loi sur l'exercice de la médecine ; et chaque année il nous fait l'honneur de venir s'asseoir au milieu de nous. Réunissons donc dans le même toast et les Syndicats médicaux et le Dr Dupuy, le nouveau président de l'Union des Syndicats, et le Dr Chevandier, leur sympathique et toujours dévoué protecteur. (Applaudissements.)

Toast de M. le docteur Chevandier, député de la Drôme

Messieurs et chers confrères,

Je ne puis rester muet après M. le docteur Marguerítte. Il vient, en effet, de vous proposer un double toast, en portant à la fois la santé de votre président, M. le docteur Dupuy, député de l'Aisne, et la mienne.

Il nous a unis dans sa délicate attention, voulant sans doute nous convier ainsi à la poursuite d'une œuvre commune. Je l'en remercie, tant je me trouve honoré et heureux d'être le compagnon, dans son estime et dans nos travaux, d'un collègue, dont je connais toute la valeur et tout le dévouement aux intérêts de la grande famille des médecins de France.

Je m'en autorise pour me faire, en son absence, l'interprète de sa pensée et vous exprimer nos remerciements.

Ce devoir rempli envers notre éminent confrère, je porte la santé du Concours médical.

Les sociétés peuvent avoir aussi leurs épreuves et leurs mécomptes. La vôtre a eu, dès sa première heure, la bonne chance d'un accueil chaleureux de la part de tous les médecins, qui sentaient le besoin d'associer leurs intérêts dans une étroite solidarité. Elle a grandi vite ; elle est prospère. Aussi, en portant sa santé, je songe moins aux obstacles qu'elle pourrait rencontrer qu'à la poursuite de ses entreprises et plus parti-

culièrement de celle dont elle m'a confié la charge, la revision de la loi de l'an XI sur l'exercice de la médecine.

Je voudrais n'avoir à vous donner que de bonnes nouvelles de notre proposition. Pourquoi vous dissimuler mes préoccupations, sinon mes inquiétudes? Gardez-vous pourtant de croire que tout est compromis. L'enfant seulement se présente mal ; voilà l'expression professionnelle qui convient le mieux à notre situation. En pareil cas, nul de vous ne désespère. Nous y mettrons toute notre patience, tous nos soins ; et, s'il faut faire une version, nous la ferons. Qu'importe que notre projet vienne par les pieds ou par la tête, pourvu qu'il ne soit point mort-né. Pardonnez-moi cette métaphore. (Rires et applaudissements).

L'assemblée législative actuelle ne vaut pas la précédente:... au point de vue médical bien entendu. Je serais le dernier à introduire ici des questions politiques. L'autre, grâce aux suggestions habilement préparées par les membres du Concours médical, avait accueilli notre proposition avec faveur.

Celle-ci lui sera-t-elle favorable ? La voilà saisie d'un projet ministériel peu conforme au nôtre, paraît-il, s'il est vrai, comme on le prétend, qu'il maintienne les deux ordres de médecins. Il émane du Ministère du Commerce ! Qui de vous se fût imaginé jamais que notre profession avait quelque chose de commun avec lui ? A sa tête se trouve heureusement un esprit ouvert au progrès, ami des sciences et des arts, ennemi de la routine. Nous n'en veillerons pas moins avec une sollicitude toute paternelle sur notre enfant ; nous le suivrons des yeux, afin que nul ne tente de le changer en nourrice.

Les écueils parlementaires nous sont connus. Tout projet qui n'entre pas au port, je veux dire au Bulletin des lois, dans la période de quatre ans dévoluc à une législature, sombre, s'il ne périt.

Nous avons eu notre premier naufrage, échouage prévu qui ne devait compromettre ni corps ni bien. Notre projet a été remis à flot, il y aura bientôt un an. J'ai tout lieu de croire que nous le mènerons à bonne fin. Je songe néanmoins à un expédient qui m'a déjà réussi. Si nous ne parvenons pas à embarquer le projet du ministre à notre bord, après entente commune, nous monterons au sien.

L'esquif ministériel a cet avantage sur celui monté par de simples députés, que l'entrée du port ne lui est jamais fermée, si tant est qu'il s'y présente. Il ne prend nul souci des longues bordées à courir, certain qu'il est d'arriver toujours à temps. Eh bien, si le voyage est long, nous en prendrons occasion pour montrer au ministre la profondeur de l'ornière creusée pendant 80 ans par une législation prétendue provisoire et le convertir à nos idées.

Voilà, mes chers confrères, dans quelles intentions nous sommes ; et, pour mon compte, ayant en cette affaire la plus grande part de responsabilité, j'accepte chaque année votre gracieuse invitation, et je viens retremper mon courage dans vos sympathies, et vous parler trop longuement de notre commun projet, dont je reste le très humble et très fidèle serviteur. (Applaudissements réitérés).

Toast de M. le docteur Lasalle.

Messieurs,

J'ai l'honneur de vous proposer un toast à nos honorables conseils judiciaires dont nous apprécions tous la science juridique et le dévouement à nos œuvres.

Si je revendique cet honneur, Messieurs, ce n'est pas uniquement pour leur témoigner notre sincère gratitude ; mais c'est aussi parce que j'ai hâte d'effacer les paroles peu courtoises qui me sont échappées, paraît-il, au cours de notre discussion de tantôt.

Que notre excellent Conseil, je puis dire aujourd'hui, mon excellent ami, M. Chastenet, sache bien que j'aime trop les avocats pour en médire. Et, d'ailleurs, comment les avocats et les médecins pourraient-ils ne pas vivre dans une étroite sympathie ? Nos deux professions ne sont-elles pas pour ainsi dire deux professions-sœurs ? Voyez que d'affinités morales les rapprochent.

L'une et l'autre ont obtenu et méritent ce beau titre de profession libérale.

L'une et l'autre vivent, hélas! des misères et des tribulations humaines..... les procès ne valent guère mieux que les maladies.

Enfin, et c'est le trait commun qu'il faut le plus apprécier, nos deux professions ont toujours été et restent toujours le refuge de la dignité et de l'indépendance des caractères.

Je bois avec vous, Messsieurs, à nos Conseils judiciaires. (Applaudissements).

Toast de Me Chastenet, Conseil judiciaire de l'*Union des Syndicats*.

Messieurs,

Je remercie mon aimable voisin, M. le Dr Lasalle, de son intention à mon adresse, et je suis vivement touché de son sympathique témoignage. Mais, lorsque vous vous tournez vers votre conseil judiciaire, interprète de la loi, dont le métier est d'en demander le secret à ceux qui la font et de l'invoquer devant ceux qui l'appliquent, pouvez-vous vous défendre, par un enchaînement d'idées naturel, de l'invocation de certaine loi et de certaine jurisprudence qui vous tiennent à cœur; et alors, à ces sentiments de courtoisie et de sympathie que vous avez bien voulu m'exprimer et dont je m'honore, ne vient-il pas se mêler des sentiments de nature variée, où la joie définitive du succès ne va pas sans quelque rancune des obstacles qu'il vous a fallu traverser.

Ce sentiment mélangé, je le ressens pour mon compte, car, par l'honneur que vous m'avez fait, je suis un peu de votre famille ; et, lorsque s'éveille le souvenir d'une jurisprudence regrettable, s'étayant sur une loi mal digérée et obscurément rédigée pour vous dénier la personnalité civile, bien que ces misérables traverses ne vous aient point arrêtés, bien que ces entraves brisées n'apparaissent plus sur le chemin parcouru qu'en témoignage de votre triomphe, je cède en ce moment à un impérieux entraînement en venant affirmer la légitimité et la légalité de votre union syndicale.

Oui, c'est avec un sentiment de légitime orgueil qu'au point où vous en êtes arrivés, vous pouvez jeter ce regard sur la route que vous avez parcourue, et en regard de votre œuvre si bien conçue, si bien dirigée,

à laquelle désormais l'avenir appartient, opposer l'œuvre du législateur dans son obscurité, l'œuvre de la jurisprudence dans sa décevante mutilation.

Que dire de cette loi sur les associations professionnelles qui, après une si longue élaboration, en rapports nombreux, en dissertations et discussions sans fin, après tant de passion déployée à l'attaquer et à la défendre, mais sans qu'un doute se soit jamais élevé sur le champ prescrit à son application, se trouve tout d'un coup, dès les premiers jours de sa promulgation, soulever une discussion aussi grave que celle qui met en jeu la moitié de la loi elle-même, puisqu'il s'agit de savoir si on l'appliquera à toutes les professions sans distinction, ou si on exclura de son domaine une catégorie aussi importante que celle des professions libérales. Et si l'on demande à nos législateurs, à ceux qui ont concouru à l'élaboration de la loi — je ne dis pas à ceux qui l'ont votée, (nous savons que bien des votes vont au scrutin comme allaient à l'eau les moutons du bon Panurge) — mais à ceux qui l'ont portée à la tribune, qui l'ont soutenue ou combattue, si on leur demande ce qu'ils ont voulu faire, ils hésitent, et avouent, d'ailleurs, leur hésitation avec autant de bonne foi que d'ingénuité.

Et ce que je dis n'a rien qui puisse éveiller la susceptibilité individuelle de nos députés. Vous en comptez beaucoup parmi les membres les plus dévoués et les plus actifs de vos syndicats ; il en est un et des plus éminents à ce banquet ; il en est un autre que vous venez de nommer par acclamation à votre présidence. Mais, si Mérimée faisait cette remarque, que les Anglais pris séparément constituaient autant de brutes, et que réunis ils formaient la première nation du monde, il me sera peut-être permis de dire, en retournant la comparaison et en atténuant les expressions, que nos députés pris individuellement, tous hommes aimables, spirituels et instruits, valent certainement beaucoup mieux, ainsi que les lois qu'ils nous donnent, quand ils sont réunis.

Mais, si le législateur ne s'est pas bien rendu compte de ce qu'il faisait, le jurisconsulte doit savoir ce qu'il a fait. Il est en pareil cas des règles d'interprétation. Ne craignez pas, messieurs, qu'après un pareil dîner je m'élance dans une discussion juridique. Ce serait indigeste. Et si je m'étendais au nom du droit, vous m'arrêteriez au nom de la médecine. Qu'il me suffise de dire ceci: alors que la loi dans son titre était conçue d'une façon générale : « Loi sur les associations professionnelles », la jurisprudence s'est basée sur une expression d'un de ses articles: « Intérêts économiques », pour dire que les professions libérales, y compris la médecine, n'ayant pas d'intérêts économiques, ne pouvaient invoquer le bénéfice de cette loi, à qui dès sa naissance on a ainsi préparé son lit de Procuste.

Certes, la médecine est une profession libérale ; elle l'est au plus haut degré, dans la plus noble acception du mot. Si toute science, suivant la parole de Socrate, doit tendre à la connaissance de l'homme, la médecine moderne, mieux que la métaphysique, est la science par excellence. Elle va de l'homme physique à l'homme moral ; elle touche à toutes les infirmités et à toutes les douleurs ; par ses découvertes récentes dans le domaine longtemps inexploré des phénomènes nerveux et psychiques, elle crée une psychologie nouvelle, la psychologie expérimentale. Vous êtes les agents actifs du progrès et de la civilisation, et c'est pour l'humanité que vous venez ici puiser la science aux plus nobles sources, pour la répandre ensuite avec vous sur toute la surface du territoire.

Mais, si la mission du médecin est la plus noble qu'un homme, qu'un citoyen puisse ambitionner, elle est de celles dont l'exercice exige le plus d'abnégation et de sacrifices. Du moins faut-il limiter ces sacrifices à ce qu'ils ont d'utile, cette abnégation à ce qu'elle a de compatible avec la dignité professionnelle. Vos syndicats n'ont pas d'autre but. Avec les questions de discipline, de solidarité professionnelle, ils se préoccupent aussi des questions d'honoraires. Est-ce donc un grief à leur faire? Si vous ne demandez pas à la médecine de vous enrichir, ne faut-il pas du moins qu'elle vous donne cette aisance qui met à l'abri de toute dépendance et de toute bassesse, qui est enfin la sauvegarde de la liberté et de la dignité professionnelle ? Il n'y a pas là, je le répète, une question de lucre, c'est une question de dignité; le mot honoraire le dit lui-même, c'est une question d'honneur. (Applaudissements).

Votre grand ancêtre Hippocrate, que la peinture illustrant l'histoire nous montre toujours avec le geste dont il repoussa les présents d'Artaxercès, traite cette question d'honoraires tout au début de ses ouvrages : « Primo opportet de constituendâ mercede. » N'est-ce pas là la déontologie médicale ? N'y a-t-il pas là un intérêt économique des plus honorables ? Toute profession ne tend-elle point à un salaire ? Donc, n'en déplaise à la Cour de cassation, toutes les professions, les professions libérales comme les autres, ont des intérêts économiques. Toutes peuvent se réclamer de la loi du 22 mars. Et, en vérité, si cette loi offrait des dangers et comportait des critiques, ce serait pour les professions libérales qu'elle en comporterait de moindres. Appliquée à celles-ci, elle ne peut devenir un moyen d'accaparement ou de grève, de lutte entre le capital et le travail. Elle a toute chance d'être la source d'une organisation profitable à la dignité de ces professions.

Mais, que vous importe la loi et la jurisprudence? Nous pouvons nous en passer. En matière sociale, il y a quelque chose qui passe la loi, c'est la conscience ; quelque chose qui passe la jurisprudence, ce sont les besoins et les mœurs. La loi ne fait pas les mœurs, ce sont les mœurs qui font la loi. Aussi la jurisprudence dont je parlais semble-t-elle devoir rester lettre morte ; car, tandis que votre organisation va tous les jours progressant, l'administration, les parquets eux-mêmes vous consultent et vous soutiennent. Bientôt le législateur va réparer l'imperfection de sa loi, à moins que la jurisprudence, faisant amende honorable sous la pression de l'opinion publique, ne devance le législateur dans une œuvre de justice et de réparation.

Aussi, en ma qualité de membre du Barreau, c'est-à-dire de l'Association professionnelle des avocats, suis-je heureux de saluer à son aurore l'apparition d'une vaste association professionnelle des médecins de France. Messieurs, je bois à l'« *Union des Syndicats médicaux* ». (Vifs applaudissements).

Toast de M. le docteur Lande

Messieurs,

Il faudrait vraiment beaucoup d'audace pour essayer de lutter avec notre éminent Conseil judiciaire Chastenet et mon fougueux ami le Dr Lasalle dont vous venez d'entendre et d'applaudir les toasts si pleins

d'humour et de verve. Si j'ose porter la parole après eux, c'est que je change de terrain. Ces messieurs se sont adressés à votre esprit, laissez-moi à mon tour m'adresser à votre cœur.

Je vous propose, Messieurs, de boire au sympathique premier Président de l'Union des Syndicats, M. le docteur Gibert, à son successeur le Dr Margueritte, qui aujourd'hui même vient de quitter si dignement la présidence pour la céder à un confrère tout disposé à mettre au service de notre œuvre une haute et légitime influence.

Enfin, messieurs, buvons à M. le Dr Barat-Dulaurier, l'infatigable secrétaire général de l'Union des Syndicats que nous ne saurions trop remercier de l'incessante et énergique activité et du dévouement de tous les instants qu'il a depuis si longtemps consacrés à la cause commune.

Messieurs, je bois à MM. Gibert, Margueritte et Barat-Dulaurier. (Applaudissements.)

Toast de M. le docteur Ad. Barat-Dulaurier.

Messieurs et chers confrères,

« Après les toasts et les discours éloquents que vous avez entendus, je n'avais pas la prétention de prendre devant vous la parole. Mais on n'est jamais trahi que par les siens, dit-on, et mon excellent ami, « M. Lande, vient de parler de mes humbles services en termes trop flatteurs pour qu'il me soit permis de garder le silence (*De divers côtés : Il n'a fait que vous rendre justice*). Puisque vous vous associez, messieurs, à de trop gracieux compliments, vous m'obligez à prendre devant vous un engagement qui, il est « vrai, ne me coûte guère : c'est de travailler comme par le passé, plus que par le passé, dans l'intérêt de « tous, à une cause qui nous est chère. Et j'ai la certitude que vous vous associerez, de grand cœur, au « toast que j'ai l'honneur de porter :

« Messieurs, au Concours médical, à sa prospérité ; au développement et à la prospérité de toutes ses « œuvres. » (Applaudissements.)

M. le docteur Le Gendre a porté enfin le toast suivant :

Messieurs,

« Je vous propose de porter un toast à l'organisateur principal et au Président de la Caisse des pensions du Corps médical français, à M. Lande et à mon excellent maître M. Dujardin-Beaumetz. M. Lande nous a prouvé tantôt, dans sa charmante conférence, que son enfant se porte admirablement, nous ne pouvons mieux faire que de souhaiter au père et au parrain de continuer à imiter tous deux l'enfant. »

Les convives quittent enfin la table du banquet encore plus vaste que les années précédentes pour prendre le café dans les salons voisins. Les conversations se ressentent de la chaleur des vins généreux de la maison Véfour ; elles ne sont suspendues quelques moments que par les éclats d'un rire inextinguible provoqués par notre aimable confrère, M. le Dr Lécuyer, de Beaurieux.

Si le « Voyage anatomique » qu'il lit n'est pas entièrement inédit, M. Lécuyer sait si bien en détailler les désopilants jeux de mots, par à peu près médical, que tous ses auditeurs lui demandent grâce, et la séance, égayée par cet intermède, se termine bien avant dans la soirée par de cordiales poignées de mains et par l'engagement de se trouver au rendez-vous de l'Assemblée générale de 1887.

Les services médicaux devant le Conseil général de Seine-et-Oise.

(*Extrait des procès-verbaux du Conseil général.*)

M. Jozon fait un rapport sur le vœu tendant à dispenser de la patente les médecins ayant adhéré au service médical gratuit. Il déclare que la commission propose de ne pas prendre ce vœu en considération ; que la patente est un des impôts qui forment une ressource pour les communes, et que si le vœu était admis, tous les médecins adhéreraient au service médical gratuit pour être dispensés de la patente.

M. Brineard défend le vœu dont il est un des signataires. Il dit que la patente de première classe que paient les médecins est fort lourde et s'élève parfois à 20 % du prix du loyer ; que la dispense de cette patente serait un puissant encouragement pour le service médical gratuit et un témoignage de sympathie donné à des hommes dont l'éloge n'est plus à faire, qui consacrent une partie de leur temps au soin des malades indigents. Quant au budget des communes, il n'en sera pas beaucoup diminué, car la patente ne rapporte pas de grosses sommes.

M. Frédéric Passy soutient les conclusions de la 4e commission et dit que, comme en cas de dispense, tous les médecins adhéreraient au service médical gratuit, cela causerait certainement un préjudice à l'État et aux communes au point de vue financier, sans assurer autre chose qu'une adhésion purement platonique au service.

M. Menault pense que le vœu pourrait être adopté en faveur des médecins de campagne qui ne sont pas nombreux, et dont l'adhésion au service médical gratuit serait des plus utiles pour les indigents.

M. Vian propose de demander également la dispense pour les avocats et les avoués de l'assistance judiciaire.

M. Peyron (un confrère, *directeur de l'Assistance publique de Paris*) reconnaît que l'intérêt manifesté en faveur des médecins du service médical gratuit est absolument légitime et mérité par leur dévouement et leurs services de chaque jour ; mais il n'est pas d'accord avec M. Brincard sur le moyen de témoigner l'intérêt que leur porte le conseil général. Il croit que l'administration pourrait, par voie officieuse, amener plus de médecins au service mé-

dical gratuit en leur accordant certaines commissions que les médecins recherchent non pas seulement pour le produit qui en résulte, mais surtout pour la considération morale qui s'y attache. C'est, par exemple, le choix du médecin auquel la justice a recours en cas de constatations. Lorsqu'il y a plusieurs médecins dans une localité, on les prend aujourd'hui à tour de rôle ; l'administration pourrait obtenir que la désignation fût limitée aux médecins ayant adhéré au service médical gratuit. Il y a aussi une chose qu'il faudrait obtenir, c'est le concours des communes qui, malheureusement, n'est pas obligatoire ; il en est qui ne font absolument rien pour le service médical gratuit, tout en ayant un moyen excellent de se faire bien venir des administrés, moyen qui consiste à inscrire sur la liste du service médical gratuit un 10e et quelquefois plus de la population.

M. le Préfet répond qu'il tiendra compte des excellents conseils de M. Peyron et y donnera suite dans la mesure du possible.

CHRONIQUE DES HOPITAUX

Leçon d'ouverture de la clinique de la Pitié.

M. le Professeur *Jaccoud* a repris, le 9 novembre dernier, ses leçons à l'hôpital de la Pitié. Dans cette première clinique, après avoir énuméré les nombreux sujets de pathologie étudiés dans ces leçons, il a rappelé ses recherches concernant les maladies microbiennes.

« J'ai montré, dit-il, que les oreillons sont une « maladie infectieuse ; j'ai montré que la dualité « de la pneumonie n'est pas fondée, que la pneu« monie est une, qu'elle est une maladie parasitaire, « et que le microbe de la pneumonie n'est pas un « microbe spécial.

« J'ai montré la constance des microbes dans l'en« docardite infectieuse, laquelle présente trois for« mes, dont l'une a un microbe identique au mi« crobe pneumonique.

« Certains microbes pathogènes ne traduisent pas « toujours leurs effets de la même manière.

« Il faut distinguer des microbes spécifiques, tels « que celui de la tuberculose, de l'érysipèle, et des « microbes pathogènes indifférents.

« J'ai montré qu'il fallait encore tenir compte du « refroidissement dans la pneumonie, et j'ai signalé « deux cas dans lesquels les malades étaient morts « rapidement à la suite de pneumonie par refroi« dissement ; dans ces deux cas il y avait des micro« coques. Me fondant sur les observations de Fraen« kel et de Netter, qui en ont trouvé dans la salive « normale, j'en ai conclu que la perturbation de l'é« conomie par le refroidissement avait rendu ces « microbes diffusibles chez ces malades, qu'il y avait « eu auto-infection ou infection intrinsèque. Le mi« crobe ne vient pas toujours du dehors, le malade « l'a souvent chez lui, mais à l'état latent, ne déter« minant aucun trouble.

« L'étude d'une malade guérie d'endocardite infec« tieuse m'a permis de voir que l'infection du sang « subsiste à la défervescence de la maladie. Cette « femme est morte deux ans et six mois après, et on « a encore trouvé des microbes ; mais ces microbes « étaient inoffensifs et ne causaient plus aucun dé« sordre.

« J'en ai déduit que les microbes pathogènes peu« vent exister dans l'organisme sans lui nuire, et « que l'organisme possède une capacité modifica« trice qui est le moyen de guérison des maladies « infectieuses. Cette notion est aussi importante « que celle de l'infection intrinsèque ; elle suffit à « expliquer la résistance de l'organisme aux micro« bes. Elle prouve aussi que c'est le malade qui « donne l'indication thérapeutique, et non le mi« crobe.

« Un pneumonique reste avec un reliquat de sa « pneumonie ; au bout d'un certain temps, il meurt « soit subitement, soit après avoir présenté des phé« nomènes d'infection, et on trouve des foyers de « suppuration dans différents vaisseaux. Ce sont « les microbes qui ont été les agents de transmis« sion ; il y a eu une pyohémie par migration mi« crobienne. J'en ai cité deux cas.

« A propos d'un cas d'érysipèle atténué, avec mi« crobe spécial, j'ai fait connaître l'immunité rela« tive et progressive que produit la répétition des « attaques d'érysipèle. L'organisme résiste davan« tage au microbe, c'est une immunité symptomati« que qui se traduit par la forme atténuée de la « maladie.

« M. Pasteur procède par atténuation des agents « infectieux ; la nature agit par atténuation de ré« ceptivité de l'organisme.

« On a eu tort de me reprocher d'être l'adversaire « des microbes ; on ne peut pas être l'adversaire « d'un fait. Mais, je suis et je serai toujours l'adver« saire des théories anti médicales qui veulent sou« mettre le malade au microbe et transformer la « médecine humaine en médecine microbienne. »

Dr D.

CORRESPONDANCE

Nous recevons de notre abonné, M. de Saint-Arroman, médecin de la poudrerie de Saint-Médard, les lignes suivantes :

Encore les oxyures.

Si je viens après les éminents praticiens qui en ont déjà parlé dans le *Concours médical*, émettre mon avis, c'est que parmi les moyens curatifs dont ils nous ont parlé, il n'est pas fait mention de celui que je crois, par les expériences que j'en ai faites plusieurs fois, le plus sûr, je dois dire le plus radical. On a bien parlé de lavements à l'eau vinaigrée

et sucrée, au pétrole et au calomel. Si dans l'emploi de ces vermicides il y a quelque chose de bon, ce ne sera pas avec le remède de Mme de Maintenon ; car les oxyures, résidant souvent au-dessus de l'ampoule rectale, peuvent bien n'être pas atteints, d'autant plus que les enfants sont généralement très récalcitrants aux clystères. Je doute, d'ailleurs, sans les condamner, que les lavements d'eau vinaigrée ou salée, additionnée d'huile de pétrole, puissent procurer aux enfants ou adultes une bonne nuit ; or c'est à ce moment que grouillent le plus ces minuscules parasites, ainsi du reste que tous les parasites de l'homme, puces, punaises, acares de gale.

Rien ne s'invente en médecine, a dit un auteur, je ne sais lequel, tout s'apprend par l'observation et l'expérience... au détriment des malades. Pour mon compte, je n'ai pas inventé, et n'en réclame pas la priorité, je constate seulement que des lambeaux de linge fortement imbibés d'eau saturée de sucre, appliqués à la marge de l'anus, ont endormi les oxyures jusqu'au matin, où l'on donne soit à l'enfant, soit aux adultes une dose de calomel, et c'est là le remède héroïque, de dix, quinze ou vingt centigrammes, suivant l'âge. Il est utile de renouveler tant que les garde-robes décèlent la présence de quelques oxyures.

BIBLIOGRAPHIE

L'Hygiène alimentaire

Par le Dr Dujardin-Beaumetz, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin (1).

On ne peut être mieux inspiré que l'a été M. Dujardin-Beaumetz en consacrant cette année ses conférences thérapeutiques de l'hôpital Cochin à l'étude de l'hygiène alimentaire. Guérir est bien, prévenir est mieux ; or, combien d'accidents et de complications seraient évités aux individus atteints de maladies chroniques, si on prenait soin d'organiser avec prudence et sagacité leur alimentation ! La thérapeutique de la goutte, des lithiases, du diabète, de l'albuminurie, est assez bien instituée par la plupart des médecins ; mais beaucoup savent-ils prescrire un régime alimentaire convenable pour le goutteux, le diabétique, l'albuminurique ? On ne saurait donc trop remercier M. Beaumetz d'avoir condensé dans une série de quinze conférences tous les renseignements pratiques indispensables relativement à l'alimentation des malades.

Les sept premières leçons traitent de l'hygiène thérapeutique, des principes alimentaires primordiaux, des aliments complets et du régime lacté, des aliments azotés, des aliments végétaux et des aliments gras, des boissons, de la ration alimentaire ; on y trouve formulées les règles de l'hygiène alimentaire physiologique, pour ainsi dire. Les huit autres leçons sont consacrées à l'application des notions précédentes à l'hygiène alimentaire des malades.

Le traitement hygiénique de l'obésité, et sa contrepartie, les indications du régime surabondant et de la suralimentation, le régime alimentaire convenable dans la goutte, les gravelles, le diabète et l'albuminurie sont tour à tour exposés au lecteur avec l'éclectisme et le sens pratique qui ont fait le succès de tous les livres de mon excellent maître. Dans les chapitres consacrés au régime alimentaire dans les maladies de l'estomac, M. Beaumetz veut bien citer avec une élogieuse indulgence ma modeste étude sur la dilatation de l'estomac, je lui en suis très reconnaissant. Une dernière leçon sur le régime alimentaire dans les maladies fébriles termine le livre.

M. Beaumetz nous dit dans la préface que c'est avec un certain plaisir et un vif intérêt qu'il a fait ces leçons, et il n'a pas eu tort d'espérer que le lecteur y trouvera le même plaisir et le même intérêt.

P. Le Gendre.

(1) Paris, O. Doin, Editeur, 1887.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Mixture odontalgique (Magitot).

Chloroforme....................	2 grammes.
Créosote........................	
Laudanum de Sydenham........	
Teinture de benjoin............	10 —

pour imbiber des tampons d'ouate qu'on introduit dans la dent cariée.

(Formulaire de MM. Bardet et Egasse.)

Préparations de muguet *(convallaria maialis)*

Potion (Hôtel-Dieu.)

Extrait de muguet................	10 grammes
Sirop d'écorces d'oranges amères...	200 —
Sirop diacode......................	30 —

Formule de Rayer.

Extrait de muguet................	q. prescrit.
Sirop simple......................	100 grammes
Alcoolature d'écorces d'oranges amères........................	5 —

Mixture (Dujardin-Beaumetz.)

Extrait de feuilles et de fleurs.....	7 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges amères..	120 —
Sirop des cinq racines............	120 —

Infusion.

Fleurs fraîches................	8 à 20 grammes
Eau...........................	1 litre

Le muguet, administré à doses thérapeutiques, produit le ralentissement du cœur, dont il augmente l'énergie en régularisant ses battements, tout en élevant la pression artérielle et apaisant la dyspnée. Son action comme diurétique paraît moins bien prouvée. Il paraît agir sur l'organisme comme régulateur des fonctions nerveuses.

On l'administre surtout contre les palpitations résultant d'un état d'épuisement des pneumogastriques, contre les arythmies simples avec ou sans hypertrophie du cœur, avec ou sans lésion des orifices, le rétrécissement mitral, l'insuffisance mitrale, la maladie de Corrigan, les dilatations du cœur avec ou sans hypertrophie, les affections cardiaques dyspnéiques, surtout celles qui sont compliquées d'anasarque. Le muguet ne trouble en rien les fonctions du système nerveux, et ne donne lieu à aucun phénomène d'intolérance ou d'intoxication lorsqu'il est donné à doses thérapeutiques.

Quant aux glucosides, la *convallarine* est surtout un purgatif drastique, analogue à la scammonée, tandis que la *convallamarine* exerce une action spéciale sur le cœur.

Doses et procédés d'administration. — La meilleure préparation pharmaceutique est l'extrait aqueux du Codex, qui renferme la plus grande proportion de convallamarine. La formule de l'Hôtel-Dieu se donne à la dose de 3 cuillerées à bouche par jour ; celle de Dujardin-Beaumetz, à la dose de 3 à 4 cuillerées à bouche. Ces doses correspondent à 1 ou 2 grammes d'extrait.

La convallamarine se donne à la dose de 10 centigrammes chez l'adulte et de 2 à 4 centigrammes chez l'enfant. Elle produit tous les effets de l'extrait aqueux, sans déterminer, comme lui, des coliques et l'irritation intestinale, qui semblent dues à la résine que renferme l'extrait. Son usage peut être continué longtemps sans inconvénients.

(*Formulaire des Nouveaux Remèdes.*)

UNION DES SYNDICATS

Rectification au procès-verbal de la séance du 7 novembre.

C'est par erreur que M. le Dr Loyson, du *syndicat de Corbeil*, a été mentionné comme délégué de son syndicat. M. Loyson n'assistait à la séance qu'en qualité de membre du syndicat et il nous prie de faire cette rectification.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ DU CONCOURS MÉDICAL

Dr Planty-Mauxion, Marseille, présenté par le Dr Briand de Villejuif.

Dr Mozer, Rozoy-en-Brie, présenté par le Dr Limouzin de la Mothe.

NOUVELLES

— Par arrêté du préfet de la Charente-Inférieure, en date du 10 courant, M. le Dr Moreau (Philippe), professeur adjoint au Cours départemental d'accouchements, est nommé professeur titulaire en remplacement de M. le Dr Romieux.

— Notre collaborateur, M. le Dr E. Desnos, ancien interne des hôpitaux, commencera le mardi 23 novembre, à 5 heures, son cours sur les maladies des voies urinaires à l'Ecole pratique, amphithéâtre numéro 2), et il le continuera les mardis et mercredis suivants. Il traitera cette année des « affections de la prostate et de la vessie. »

Prix proposé pour 1887.

La *Société médicale du Panthéon* propose, comme sujet de prix à décerner en 1887, la question suivante : Démontrer expérimentalement que les microbes ou bacilles de la phthisie pulmonaire sont détruits, tués, incapables de vivre et de reproduire : 1° Dans les essences hydrocarburées et les substances médicamenteuses ci-après désignées ; — 2° Dans l'air atmosphérique saturé de ces mêmes substances à la température de 37 degrés, c'est-à-dire à la température du corps humain ; 3° Dans le tissu du poumon imprégné de ces mêmes substances ; 1. Térébenthine de Venise ; 2. Essences de térébenthine ; — 3. de Citron, — 4. de Menthe, — 5. d'Anis, — 6. d'Eucalyptus ; — 7. Goudron de Norwège ; — 8. Coaltar ; — 9. Benzine ; — 10. Pétrole ; — 11. Acide phénique ; — 12. Thymol ; — 13. Créosote ; — 14. Pyridine ; — 15. Terpine ; — 16. Iodoforme ; — 17. Iode ; — 18. Ether : — 19. Chloroforme ; — 20. Teintures d'Iode, — 21. de Benjoin ; — 22. de Tolu ; — 23. Baume du Commandeur ; — 24. Alcool camphré ; — 25. Soufre et préparations sulfureuses ou toute autre substance qui aurait été employée en inhalations avec succès.

CE PRIX SERA DE LA VALEUR DE 1000 FRANCS.

N. B. Les mémoires, écrits lisiblement en français, ainsi que toutes les communications relatives à la phthisie, devront être adressés « franco » avant le 31 octobre 1887, soit au siège de la Société médicale du Panthéon, soit au secrétaire général, M. le Dr Sandras, rue Rambuteau, 24, à Paris.

NÉCROLOGIE

Nous avons le regret d'annoncer à nos lecteurs, la mort de M. le Dr Th. Saint, membre du Concours médical, décédé à Evreux le 1er novembre 1886.

Le Directeur-Gérant : A. CÉZILLY.

Clermont (Oise).— Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

Emploi des injections gazeuses rectales dans le traitement des affections pulmonaires.

De divers côtés on commence à expérimenter la méthode de M. Bergeon et dans le laboratoire de M. Dujardin-Beaumetz, qui, toujours se signale par son zèle pour les progrès de la thérapeutique, son distingué collaborateur Bardet a déjà perfectionné ou du moins simplifié l'appareil instrumental ; il a aussitôt essayé comparativement les différentes substances médicamenteuses qu'on peut faire pénétrer à l'état gazeux dans le parenchyme pulmonaire par la voie sanguine ; le gaz sulfhydrique, les vapeurs de sulfure de carbone, l'iodoforme gazeux, l'eucalyptol, etc.

On sait que c'est à la faveur de l'acide carbonique que les gaz médicamenteux pénètrent dans le poumon, dans la méthode de M. Bergeon ; l'air atmosphérique, qu'on aurait pu croire inerte, ne peut servir de véhicule parce qu'il irrite fortement la muqueuse rectale. Nous rappelons que l'acide carbonique *pur* est fabriqué dans un petit générateur de Sainte-Claire-Deville, au moyen de l'acide sulfurique pur et du bicarbonate de soude ; on introduit le gaz formé dans un ballon de caoutchouc d'une contenance de 4 à 5 litres ; ce ballon est ensuite ajusté sur une poire en caoutchouc dont le maniement vide le ballon et envoie le gaz dans un barboteur renfermant une solution d'acide sulfhydrique ou de sulfure de carbone.

Dans son passage à travers le barboteur, le gaz carbonique se charge de vapeurs médicamenteuses et est poussé lentement dans le rectum à l'aide d'une canule à lavement en os.

M. *Bardet* a simplifié la disposition et a présenté à la Société de thérapeutique un nouvel appareil *injecteur rectal gazogène*, qu'il a imaginé sur la demande de M. Dujardin-Beaumetz, et qui est destiné à l'application du traitement préconisé par le docteur Bergeon. Cet appareil a l'avantage de réunir dans une boîte : 1° le *générateur d'acide carbonique* ; 2° le *réservoir* ; 3° le *barboteur* ; 4° l'*injecteur*. Tous les tubes de ralliement de ces divers appareils sont réunis sur une seule pièce métallique. Il ne sort de la boîte que la poire de l'injecteur et la canule avec son tube. La canule est en caoutchouc, ce qui la rend moins irritante que les canules en os ou en métal. Pour se servir de l'appareil, on commence par verser dans le barboteur la solution médicamenteuse ; après quoi, on verse dans le générateur une cartouche qui renferme la proportion de sels (acide tartrique et bicarbonate de soude) suffisante pour obtenir 4 litres de gaz ; on ferme le générateur, puis on verse un peu d'eau : aussitôt le ballon réservoir s'emplit. Lorsque le réservoir est plein, on ferme le robinet de communication qui le relie au générateur et l'on fait fonctionner deux ou trois fois la poire pour chasser l'air des tubes. La canule étant alors introduite, l'opérateur presse lentement sur la poire, en faisant une poussée toutes les cinq ou six secondes, et en poussant *lentement*. La dose maxima de chaque insufflation est de 4 litres, mais on fera bien de s'en tenir tout d'abord à deux litres, soit à la moitié de la capacité du ballon de l'appareil.

La manœuvre est si simple que le malade peut pratiquer *lui-même* les injections gazeuses lorsque les premières ont été administrées par le médecin. Après avoir reconnu que les résultats obtenus jusqu'ici sont favorables, que la toux diminue rapidement, que l'expectoration devient bientôt moins abondante et que le malade retrouve le sommeil, Bardet ajoute deux restrictions : c'est que l'on ob-

serve les mêmes effets, quoique moins prompts, dans tout traitement par les eaux sulfureuses, et qu'il y a aussi lieu de tenir compte de l'action anesthésiante de l'acide carbonique, médicament précieux, trop peu connu et trop peu employé. On a cependant donné depuis longtemps des douches d'acide carbonique sur le col de l'utérus dans certaines affections douloureuses de cet organe. Comme nous l'avons dit déjà, les bacilles ne disparaissent d'ailleurs pas des crachats et le malade reste tuberculeux.

M. Bergeon a renoncé aux eaux sulfureuses artificielles comme source de gaz sulfhydrique, parce qu'elles lui ont paru trop irritantes, M. Bardet pense que cette opinion est peut-être exagérée : car il ne voit pas pourquoi le gaz sulfhydrique *pur* serait plus irritant quand il vient d'un sulfure, s'il ne l'est pas quand on le prend dans une eau minérale. C'est une réflexion que M. Tanret a faite aussi à la Société de thérapeutique. — M. Bardet emploie pour obtenir du gaz sulfhydrique pur deux solutions dont voici la formule :

SOLUTION SULFURÉE.

Sulfure de sodium pur......	10 grammes.
Eau distillée, q. s. pour faire.	100 cent. cubes.

Cette solution est obtenue en traitant une dissolution de soude pure par l'hydrogène sulfuré *pur*, ajoutant ensuite un poids de soude égal à celui déjà employé, puis la quantité d'eau nécessaire pour arriver au titre indiqué.

Un centimètre cube de ce liquide dégage exactement 10 cc. d'hydrogène sulfuré.

SOLUTION SULFHYDROGÈNE.

Acide tartrique....................	25 grammes.
— salicylique..................	1 —
Eau distillée, q. s. pour faire.....	100 cent. cubes.

Un centimètre cube de cette solution déplace totalement l'hydrogène sulfuré de 1 cc. de la précédente solution. Le rôle de l'acide salicylique est d'empêcher la production de la moisissure.

(Il est très important, dans cette préparation, de ne pas employer d'acide minéral, car des vapeurs irritantes seraient certainement entraînées.)

Après avoir introduit dans le barboteur de son appareil 250 grammes d'eau, M. Bardet y verse par parties égales une quantité donnée de chacune de ces solutions.

M. Bardet recommande l'addition d'acide (végétal), même lorsqu'on fait usage d'une eau sulfurée naturelle renfermant du sulfure de sodium, car l'acide carbonique ne déplace que très lentement le soufre et le liquide se trouve rapidement privé de la petite quantité de gaz libre qu'il renferme.

Un litre de la plus chargée de nos eaux minérales contient 22 centigrammes de soufre à l'état de sulfure de sodium (ce chiffre se rapporte à l'eau prise à la source); cette quantité de soufre peut fournir environ 150 cc. de gaz sulfhydrique, *lorsqu'on traite l'eau par un acide.*

Il suffit donc de verser dans un litre d'eau 15 cc. de la solution artificielle pour obtenir un litre d'eau au même titre que la plus sulfureuse de nos eaux minérales naturelles.

Dans la discussion qui s'est engagée à la société de thérapeutique, M. *C. Paul* dit avoir expérimenté la méthode. Il s'est servi d'un appareil un peu différent de celui de M. Bardet, et qu'il présentera à la Société dans la prochaine séance. Il a employé le sulfure de carbone chez trois malades : dans les deux premiers cas, tout s'est bien passé ; mais, chez la troisième malade, il y eut projection d'une petite quantité de sulfure de carbone dans l'intestin ; la malade fut

FEUILLETON

Le secret médical.

« La question du secret dû par le médecin à ses malades a depuis des siècles le privilège de susciter de nombreux débats »; aussi est-ce avec un véritable plaisir que nous venons de lire le très intéressant volume (1) que le professeur Brouardel vient de consacrer à ce sujet; il y traite, avec l'autorité reconnue de son esprit si judicieux, toutes les questions se rattachant au secret médical. Nous avons été heureux d'y voir citées, discutées, le plus souvent approuvées, les opinions émises par nos distingués collaborateurs, les Drs Barat-Dulaurier, Gibert, Landc, Marguerittc, etc. : M. Brouardel emprunte même quelques documents au *Concours médical*. Il s'attache surtout à « préciser quelle est l'opinion de la magistrature sur le secret médical, quelles sont les limites qu'elle lui assigne ». Nous ne discuterons pas ici si

(1) *Le Secret médical*, Paris. 1887. Librairie J.-B. Baillière.

ces limites ne sont pas trop étroites, mal déterminées, si elles sont bien en rapport avec notre état social actuel.

Ce n'est pas un législateur qui le premier a imposé aux médecins l'obligation du secret professionnel; ce sont les médecins eux-mêmes qui l'ont considéré comme un devoir et c'est par son affirmation que se termine le serment d'Hippocrate, qui a pendant longtemps servi de règle de conduite à nos ancêtres. *Le secret est pour le médecin tout ce qu'il a appris à l'occasion de ses fonctions, ce qu'il a vu, entendu ou compris* ; l'article 378 du code pénal donne à l'obligation du secret une sanction pénale ; dans la première partie de cet article, la loi pose le principe du secret ; dans la seconde partie, elle y apporte une exception pour les cas où les dépositaires des secrets sont tenus de se porter dénonciateurs. Examinons donc les cas dans lesquels la loi nous impose le secret, puis ceux pour lesquels la révélation est commandée.

I.

Le secret obligatoire.

Jusqu'à la fin de l'année 1885, la Cour de cassation et presque tous les jurisconsultes avaient admis

prise de douleurs atroces avec menace de syncope, et la sensation de brûlure fut assez persistante en dépit d'un lavement que l'on administra aussitôt. Pendant que l'on s'empressait autour de la malade, la serviette souillée par les déjections mélangées de sulfure de carbone, et qui avait été jetée à terre près du foyer, prit feu et menaça d'incendier l'appartement. Si l'on songe que, d'autre part, le sulfure de carbone attaque le caoutchouc, on reste convaincu qu'il faut absolument renoncer à son emploi. L'eau minérale naturelle la plus riche en sulfure de sodium, est un des meilleurs liquides à mettre dans le barboteur comme source d'acide sulfhydrique.

Cependant, nous devons, pour être impartial, signaler une communication faite le 20 novembre, à la Société de biologie, par M. le Dr Perroud et qui montre que l'hydrogène sulfuré employé sans précautions peut être nuisible.

Des dangers qui peuvent résulter de l'emploi des lavements d'hydrogène sulfuré.

M. Perroud vient de faire quelques expériences qui prouvent, dit-il, que les injections rectales d'hydrogène sulfuré, préconisées récemment dans les maladies de l'appareil respiratoire, sont loin d'être inoffensives.

Il a injecté dans le rectum d'un chien, préalablement muselé de façon que les gaz exhalés par la respiration traversent une solution de sels de plomb, 50 cc. d'une solution saturée d'hydrogène sulfuré ; ce chien est mort au bout de douze minutes après avoir présenté tous les signes d'un empoisonnement par le gaz sulfhydrique.

Chez un autre chien, il a injecté 60 cc. d'abord, puis, douze minutes après, 40 cc. de la même solution d'hydrogène sulfuré ; cet animal est mort au bout de trois minutes.

La quantité d'hydrogène sulfuré éliminé par la respiration est en somme très faible, la plus grande partie passe dans les tissus ; c'est ce qui explique, d'après M. Perroud, la nocuité de l'administration de ce gaz par la voie digestive.

Paraplégie hystérique consécutive à un rêve de course prolongée (1).

M. Ch. *Féré* résume l'histoire d'une *paraplégie hystérique consécutive à un rêve de course prolongée*. Il conclut du mode de production de cette impotence qu'il existe des paralysies psychiques dans lesquelles la suggestion n'entre pour rien, et qui peuvent s'expliquer plus naturellement par l'épuisement nerveux qu'il a déjà invoqué pour rendre compte de certaines paralysies traumatiques, rejetant la théorie de l'inhibition. La guérison paraît devoir être attribuée au traitement par les mouvements passifs.— A propos du rôle des excitations périphériques dans les traitements des paralysies hystériques, M. Féré ajoute qu'il a répété ses expériences sur la disparition de l'amblyopie hystérique par les excitations colorées et que, depuis près de quatre mois, deux de ses malades ont conservé la vision du violet.

Falret, Bierre de Boismont, Faure, Lasègue, etc., ont déjà fait remarquer le rôle que le rêve joue dans le développement de certains délires; ce rôle est surtout très évident chez les hystériques. Le fait actuel montre que le rêve peut amener, non seulement des troubles psychiques, mais encore des troubles moteurs et sensitifs ; il mérite donc de fixer l'attention du clinicien, surtout lorsqu'il se répète.

(1) Société de biologie, 20 novembre.

que la révélation n'est délictueuse que si elle a été faite avec l'intention de nuire ; par un arrêt du 18 décembre 1885, au sujet de l'affaire du Dr Watelet, la cour de cassation est revenue sur cette doctrine ; elle a décidé que le « *délit existe dès que la révélation a été faite avec connaissance, indépendamment de toute intention de nuire* ». Cette interprétation plus stricte de la loi nous impose des obligations encore plus étroites que par le passé ; il suffit, pour les connaître, de suivre le médecin dans les diverses circonstances où il est plus particulièrement sollicité à rompre le silence par des étrangers et parfois même par sa conscience.

I. Recouvrement des honoraires. — L'intérêt personnel peut tromper le médecin et le pousser à produire des réclamations dans lesquelles le secret professionnel serait compromis. Ainsi une femme séparée de fait de son mari devient enceinte, un médecin pratique l'accouchement, elle refuse de payer les honoraires, ce médecin peut-il poursuivre devant les tribunaux ? Non, si cette poursuite doit avoir pour conséquence de révéler que cette femme a commis un adultère, et rendre ainsi public un fait qui peut servir de base à une action contre elle. D'une manière générale, le silence doit être absolu, si la révélation porte sur un acte coupable imputable au malade, si cet acte est rendu notoire par la réclamation, ou si la révélation dénomme une affection que le malade a tout intérêt à garder secrète. Ces cas sont d'ailleurs exceptionnels ; le plus habituellement le médecin n'est pas obligé de dire quelles maladies il a soignées, ou, s'il le fait pour justifier une demande d'honoraires élevés, la révélation de la maladie n'a habituellement rien qui puisse éveiller aucune susceptibilité. Le malade a souvent autant d'intérêt que le médecin à ce que le secret soit absolu, et il s'empresse généralement de payer, s'il le peut. Contrairement à MM. Chaudé et Hémar, le Dr Brouardel n'admet pas que le médecin puisse, dans les cas où il serait nécessaire d'éclairer les magistrats sur la nature, le cours, la durée des maladies, confier ces détails à l'avocat qu'il a choisi. D'ailleurs, comme l'a fort bien dit le Dr Lavaux, « il ne faut pas nous exposer à ce que les magistrats puissent jamais nous dire, que, si nous nous taisons au sujet d'un crime, nous savons au besoin ne plus garder le silence lorsqu'il s'agit de nos intérêts matériels ».

II. Mariage. — Lorsqu'il s'agit des questions de mariage à propos desquelles surgit le secret médi-

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel.

M. *Balzer* (1), médecin de l'hôpital Saint-Louis, a essayé dans son service les injections sous-cutanées de calomel vantées par Scarenzio et Smirnoff dans le traitement de la syphilis. Pour éviter les abcès qui sont souvent la conséquence des injections faites suivant la formule des auteurs précédents (calomel, eau et glycérine), il a employé comme dissolvant l'huile de vaseline d'après la formule suivante :

Calomel........................ 0,50 centigr.
Huile de vaseline.............. 10 grammes

La première malade qui ait été soumise à ce mode de traitement, était atteinte d'une roséole et de larges plaques muqueuses vulvaires qui, depuis trois mois, résistaient à toutes les médications (frictions mercurielles, pilules d'hydrargyre, lotions de sublimé, etc.)

On fit à cette malade une première injection de 2 centigr. Au niveau de la piqûre il se produisit une inflammation vive, mais il n'y eut pas de suppuration. Huit jours après la seconde injection, tous les accidents dont cette malade avait essayé en vain de se débarrasser par les autres méthodes avait disparu.

M. Balzer a employé les injections de calomel chez cinq autres malades, depuis trop peu de temps pour qu'il soit possible encore de se prononcer sur le résultat, mais notre confrère incline à croire que ce médicament est très actif.

Deux heures après l'injection, on trouve des traces de calomel dans les urines et on en trouve encore très longtemps après la cessation de toute injection. D'après MM. Scarenzio et Smirnoff, 40 centigr. de calomel répartis entre quatre injections de 10 centigr. chacune, à vingt jours ou un mois d'intervalle, suffiraient pour combattre la période secondaire de la syphilis ; jamais on n'observerait de récidives.

(1) Société de Biologie, 20 novembre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 30 novembre).

La *question du vinage* est enfin résolue... du moins en ce qui regarde l'Académie. Les divergences d'opinions qui s'étaient manifestées au cours de la discussion parmi les orateurs se sont fondues grâce à l'accueil favorable fait par la Commission aux objections qui lui ont été successivement proposées.

M. Rochard, après avoir résumé la discussion, a lu la nouvelle et définitive rédaction des conclusions de la Commission qui sont ainsi formulées : l'Académie de médecine, se plaçant au point de vue de l'hygiène, déclare :

1° Le vinage ou alcoolisation des vins à l'aide d'alcool pur et ne dépassant pas 2 degrés peut être toléré ; mais, en dehors de ces conditions, il doit être absolument interdit.

2° Le vinage n'est pas seulement dangereux par la quantité et souvent par la mauvaise qualité de l'alcool qu'il ajoute au vin, mais encore, parce qu'il permet de pratiquer le mouillage, qui est à la fois une fraude et une falsification ;

3° Les alcools dits supérieurs augmentent considérablement les dangers des eaux-de-vie et des liqueurs, il y a lieu d'exiger que les alcools destinés à la fabrication de ces produits soient complètement purs.

4° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de réduire le nombre des caba-

---

cal, l'embarras du médecin peut-être assez grand : de sa conduite peuvent dépendre la santé, la vie de personnes étrangères. Il se demande si en gardant un secret inviolable, il ne se fait pas en quelque sorte le complice d'un être coupable et méprisable.

Il faut que sur ce point le médecin ait une opinion ferme, le mettant à l'abri des surprises ; *avant le mariage*, le Dr Brouardel considère le silence comme une règle absolue qui ne souffre pas d'exception. D'après lui, il est inadmissible d'exprimer son opinion lorsqu'elle est favorable, de se taire quand elle est défavorable ; d'ailleurs, la loi est formelle, on ne saurait la laisser arbitrairement interpréter par chacun de nous, obéissant chaque jour à des mobiles divers, quelqu'honorables qu'ils soient. On refuse en cour d'assises de dévoiler le secret d'un assassin, la loi admet alors que l'intérêt social du secret est assez grand pour le placer au-dessus de l'intérêt de la justice ; aussi n'a-t-on pas le droit, dans les cas particuliers, de se soustraire à l'obligation du secret. D'ailleurs, le médecin n'est pas désarmé devant un projet de mariage, il peut agir sur le fiancé suspect ou atteint de maladie contagieuse, lui démontrer les conséquences du mariage qu'il médite, le prendre au besoin par les sentiments les plus égoïstes, lui prédire les scandales soulevés à propos de la séparation de corps, etc. Alors même qu'il est délié du secret par les intéressés qui le prient de dire la vérité, le médecin doit garder le silence dans la grande majorité des cas. Il faut reconnaître que ces constatations *médicales avant le mariage* ne sont pas très pratiques ; récemment un de nos amis, garçon très bien portant, sur le point de prendre femme, fut sommé de se soumettre à l'examen du médecin de sa belle-mère ; il y consentit volontiers, demandant seulement en retour que sa fiancée se rendit chez son médecin à lui pour y subir les mêmes épreuves : le projet de mariage n'eut pas de suite.

Après le mariage. — Le médecin est parfois sollicité à violer le secret, lorsque surgissent des demandes en séparation et que l'un des conjoints invoque à l'appui de sa demande la communication d'une affection vénérienne par l'autre conjoint, ou des habitudes vicieuses. Le médecin traitant ne doit jamais délivrer de certificat constatant les lésions ou les déformations caractérisant ces motifs de séparation. Le plus souvent on a donné des soins aux deux époux ; on a reçu leurs confidences réciproques : on ne peut, sans violer le secret de l'un d'eux,

rets, de les réglementer et d'appliquer sérieusement les lois répressives de l'ivrognerie.

Ces conclusions ont toutes été votées à la fin de la séance. Mais la discussion qui a précédé le vote a été assez confuse.

M. Riche a exprimé le doute qu'on pût pratiquement s'assurer si 2 degrés seulement d'alcool ont été ajoutés à un vin; M. Gautier riposte que les rapports signalés par lui entre les divers éléments constitutifs d'un vin permettent de déc ler avec de très grandes probabilités la quantité d'alcool ajoutée artificiellement.

Certains membres, M. Vallin entre autres, ont trouvé irrationnel qu'on autorisât l'addition de deux degrés d'alcool à un vin marquant 13°, aussi bien qu'à celui qui n'en marque que 4. Pour donner satisfaction à cette critique, M. Gautier proposait de n'autoriser le vinage que pour les vins marquant moins de 10°. Cet amendement a d'abord rencontré la faveur de l'Académie et est accepté par 20 voix contre 17. Mais presque aussitôt un revirement est produit à la suite de protestations de MM. Besnier, Le Fort et Brouardel; on a recommencé le vote et ce même amendement de M. Gautier s'est trouvé rejeté par 25 voix contre 20, de sorte qu'on est revenu au texte de la commission, à cette légère différence près que dans la dernière conclusion sur la demande de M. Lefort, on substituera le terme « *Débit de boissons* » à celui de « *de cabaret* », et les mots : l'Académie « *exprime le vœu* » au lieu de « fait appel ».

Et M. le président Trélat a été soulagé sans doute d'un grand poids ; car la direction de ces longs et épineux débats a dû faire blanchir un peu plus ses cheveux.

CHIRURGIE PRATIQUE

De la réparation immédiate des déchirures du périnée. (*Suite et fin.*)

Dans la première partie de ce travail (1), nous avons exposé deux faits de notre pratique qui plaident en faveur de la réparation immédiate. Il nous faut maintenant étudier sommairement les lésions produites par la tête du fœtus traversant le détroit inférieur, et voir les raisons qui militent en faveur de l'intervention précoce et celles qui peuvent la contre-indiquer.

DES DIVERSES VARIÉTÉS DE DÉCHIRURE PÉRINÉALE. — Il est important au point de vue de la pratique chirurgicale, de distinguer plusieurs variétés ; nous en reconnaissons trois principales :

A. Les *déchirures superficielles*, déchirures de la fourchette qui intéressent la muqueuse du vestibule et la peau de la fourchette, peuvent attaquer le tissu cellulaire sous-cutané, érailler même le sphincter vulvaire, mais sans jamais le rompre complètement.

B. — La seconde variété comprend les *déchirures* s'étendant au périnée proprement dit, mais *n'attaquant pas ou déchirant incomplètement le sphincter anal.* Dans ces cas, la peau, le tissu cellulaire, les muscles, sphincter vulvaire et transverse du périnée, sont divisés plus ou moins profondément. La lésion remonte plus ou moins haut sur la paroi postérieure du vagin et le fond de la déchirure n'est séparé de la paroi rectale que par une épaisseur va-

(1) Voir *Concours Médical* du 28 août, n° 35, page 425.

---

dire ce que l'on sait sur la demande de l'autre. Même si l'on n'est médecin que d'une des deux parties, on a tout intérêt à se retrancher derrière le secret professionnel ; sans doute le consentement écrit de la personne qui a confié le secret peut autoriser le médecin à le révéler ; mais, en règle générale, il vaut mieux s'abstenir. C'est la conduite que suivit récemment un de nos maîtres, appelé en témoignage par une dame qu'il avait accouchée ; le mari demandait le divorce, et faisait valoir, entre autres raisons, que sa femme avait eu une autre grossesse avant le mariage ; il appelait, ainsi que sa femme, l'accoucheur en témoignage, pour savoir si oui ou non elle était primipare lors de l'accouchement auquel il avait assisté ; avec l'approbation du juge, l'accoucheur garda le silence et ne voulut pas déposer. Il était d'ailleurs en conformité d'idées avec le Dr Brouardel qui pense que le médecin doit conserver le secret rigoureux alors même que les deux parties le délient du secret.

ASSURANCES SUR LA VIE. — Généralement les compagnies demandent au postulant le nom de son *médecin traitant* et l'autorisation de s'enquérir auprès de lui. Puis, par des formulaires plus ou moins explicites, elles sollicitent de ce médecin un *certificat* constatant la constitution, les infirmités, les *antécédents de famille* de son client, etc. Le médecin peut-il, doit-il parler ? Non ; les intérêts apparents de nos clients ne nous délient pas du secret professionnel ; nous devons avoir pour règle de refuser les certificats demandés au moment de l'acceptation de la proposition d'assurance par les compagnies. De même, les médecins feront bien de refuser toujours et absolument de délivrer des certificats même quand la nature de la maladie à laquelle a succombé un de leurs clients et les circonstances dans lesquelles il est mort n'ont rien de défavorable.

Le rôle du médecin de la compagnie est tout différent. Celui-ci n'a pas été appelé à pénétrer dans le sein de la famille : il n'a pas pu recevoir ou surprendre quelque secret. Le postulant vient devant un médecin qu'il sait chargé de constater tout ce qui peut être objecté à sa proposition ; il est devant une personne représentant les intérêts de la compagnie et non devant son confident habituel. Le devoir du médecin est de vérifier si quelque lésion existe et dans quelle mesure elle peut modifier les risques de la compagnie au nom de *laquelle il* procède. Là, plus de secret professionnel : le candidat dit ce qu'il croit devoir dire au médecin ; le de-

riable, mais souvent peu considérable de tissus. Dans ces cas, l'aspect de la plaie est tout à fait caractéristique ; quand la femme est dans la position de la taille, la vulve est largement béante, et bâille par sa partie inférieure, les deux lèvres de la plaie sont fortement écartées et l'anus est comme porté en haut et en avant. Dans d'autres cas plus rares, Skene fait observer que les muscles sont allongés, distendus, comme frappés d'une paralysie temporaire ; alors les bords de la plaie sont affaissés, balants et l'anus est comme repoussé en arrière.

C.—La troisième classe est constituée par les *déchirures complètes* du périnée, du sphincter anal et quelquefois de la cloison recto-vaginale dans une hauteur plus ou moins notable. Les deux sphincters et les transverses sont alors divisés, l'aspect est celui d'un large hiatus, le rectum et le vagin communiquent plus ou moins largement et deviennent un cloaque produisant une difformité des plus repoussantes et des plus pénibles.

A côté de ces formes banales de rupture, il convient de signaler deux variétés beaucoup plus rares, sur lesquelles notre ami le Dr Latouche a attiré l'attention dans sa thèse inaugurale (1), je veux parler des ruptures *sous-cutanées* et des *ruptures centrales*.

La rupture centrale, lésion très rare, est celle dans laquelle la déchirure se fait au milieu du périnée en laissant intacts le sphincter anal et la commissure vulvaire. L'enfant tout entier ou seulement un de ses membres s'engage dans cette déchirure ; nous n'aurons à en parler qu'au point de vue de l'intervention.

Les ruptures *sous-cutanées* sont beaucoup plus importantes qu'elles ne le paraissent au premier abord. Le périnée, en effet, est une cloison perforée, dont les parties essentiellement actives sont des muscles contractiles avec leurs plans aponévrotiques. L'intégrité de ces muscles au point de vue fonctionnel est indispensable au maintien de l'équilibre des organes qui appuient sur le plancher pelvien ou qui le traversent. Que l'on suppose ces plans musculaires multiples paralysés ou séparés d'une de leurs insertions, les fonctions du plancher sont compromises et il est facile alors de comprendre avec quelle facilité se font les prolapsus de diverse nature qui sont souvent consécutifs à des accouchements répétés. Skene reconnaît deux variétés de ces ruptures sous-cutanées ; dans la première, les *muscles du plancher périnéal* sont seuls atteints, le sphincter vulvaire et le transverse se déchirent sur la ligne médiane. Mais la peau et la muqueuse restent intactes. Le périnée est alors flasque et, si on le saisit en introduisant un doigt dans le vagin et un dans le rectum, on ne sent plus aucune résistance musculaire, sauf celle du sphincter anal.

Dans la seconde variété, Skene signale la rupture du releveur de l'anus ; cette lésion est d'un diagnostic obscur et ses conséquences sont graves au point de vue du soutènement des organes du petit bassin.

Il est quelques conditions qui peuvent entrer en ligne de compte dans les appréciations et la décision du chirurgien, je veux parler de la *qualité des tissus divisés*. Sans m'arrêter aux variations de résistance dépendant de l'âge et de la constitution générale des sujets, de leur musculature, plus ou moins énergique, les tissus ont subi l'influence du mode d'expulsion d'une façon immédiate. Si la tête a été projetée violemment, comme c'est le cas dans notre première observation et en général dans les accou-

(1) Thèse 1885. Etude critique sur les déchirures du périnée et leur traitement.

---

voir du médecin est de déjouer les ruses des clients qui cachent leurs tares et d'être assez sagace pour dépister toute dissimulation. Rien dans le rôle du médecin examinateur ne relève du secret médical. Il doit à la Compagnie au nom de laquelle il opère tous les renseignements reçus ou découverts.

Quant aux bulletins fournis par le médecin traitant pour la statistique, pour les déclarations de décès, M. Brouardel adopte l'organisation proposée par le Dr Barat-Dulaurier et reprise par le Dr Passant et que nos lecteurs connaissent : il pense que ce projet donne satisfaction aux légitimes préoccupations du corps médical et que son adoption permettrait aux hygiénistes de ne pas renoncer aux renseignements si utiles fournis par les statistiques de décès.

Le médecin d'hôpital qui inscrit un diagnostic sur une pancarte viole jusqu'à un certain point le secret médical : il y aurait là une réforme facile à faire. Il faut s'abstenir avec grand soin d'indiquer le nom, le domicile des personnes dont on publie les observations. M. Brouardel insiste sur les inconvénients que peut avoir la rédaction *du bulletin de santé* qu'on laisse au domicile des malades notables, pour renseigner les amis sur la marche de l'affection et la probabilité de la guérison. De même, *en principe*, le médecin viole l'article 378 du code pénal, lorsqu'il fournit des indications sur la maladie d'un employé d'une grande administration, d'un ouvrier d'une usine, d'un membre d'une société de secours mutuels.

Lorsqu'un médecin a reçu une mission de justice, il ne doit pas divulguer ce qu'il a découvert par ses recherches ou ce qui est arrivé à sa connaissance pendant son expertise ; il doit dire ce qu'il sait au juge d'instruction *seul* ou au magistrat qui l'a commis. Par conséquent, pendant l'instruction, l'expert ne doit répondre ni aux interrogations intéressées des parents de l'inculpé ou de la victime, ni à celles des avocats. Si l'instruction se clôt par une ordonnance de non-lieu, le médecin doit garder le silence sur tout ce qu'il a appris pendant la durée de l'enquête. Ce n'est que lorsqu'un jugement, non susceptible d'appel ou de cassation, est devenu définitif que le médecin peut faire connaître, s'il le juge *utile* à la science, les parties médico-légales du procès auquel il a pris part comme expert.

chements rapides prématurés, la division est nette, peu ecchymosée sur ses bords, semblable à une section par l'instrument tranchant. Si au contraire le travail a marché lentement, si la tête a longtemps pesé sur le plancher périnéal, il y a de l'œdème des tissus, des ecchymoses, les parties sont violacées et tuméfiées. Ces dernières conditions sont un peu moins favorables à la réparation que les premières.

La pratique chirurgicale a bien varié et, aujourd'hui encore, l'accord n'est pas fait entre les partisans de la réunion immédiate, les partisans de la réunion tardive et les abstentionnistes. *Ambroise Paré* avait posé le précepte : « Lorsque la sage-femme « aura rompu le perineum, faudra faire quelques « points d'aiguille pour réunir ce qui serait contre « nature séparé.» Dieffenbach le premier, en 1825, professa qu'il faut toujours faire la réunion immédiatement après l'accouchement. Mais la chirurgie ne possédait pas à cette époque les procédés qui prévenaient les complications des plaies; aussi les insuccès répétés, les accidents même, détournèrent-ils les chirurgiens de la pratique de Dieffenbach, défendue encore en 1843 par Danyau.

Roux, en 1834, condamna la méthode dans son fameux mémoire, et posa en principe qu'il faut toujours attendre que la femme soit rétablie. Tous les successeurs de Roux suivirent ce principe. *Nélaton* s'en écarta, en proposant d'attendre seulement que les surfaces de la division soient recouvertes de bourgeons charnus.

Aujourd'hui, nombre de chirurgiens français, allemands, américains, s'appuyant sur la méthode antiseptique, sont revenus au principe de la suture immédiate, et sans citer tous les noms qui se rattachent à cette nouvelle doctrine, nous pouvons dire que les succès ont donné raison jusqu'ici à ce retour aux principes de l'immortel Paré. Il y a cependant quelques variantes. Il en est qui se fient au seul travail de la nature, pour la réparation des déchirures de la seconde classe. D'autres, tout en admettant la réunion immédiate pour les deux premiers degrés de la rupture, se refusent à l'appliquer dans la déchirure totale avec division de la cloison. Enfin, la méthode de Nélaton a encore des défenseurs, qui préconisent l'intervention au moment du bourgeonnement. Nous allons chercher à réfuter ces diverses façons de voir, et, pour cela, nous baser sur ce que l'observation nous apprend sur l'évolution des déchirures périnéales de divers degrés, et sur les accidents immédiats ou consécutifs que l'on peut observer à leur suite.

Dans les *déchirures superficielles de la fourchette*, on pourrait certainement se contenter des soins de propreté ; la cicatrisation de ces petites déchirures de la peau et de la muqueuse se fait spontanément. Cependant, nous avons vu plusieurs fois des femmes atteintes de semblables lésions, ressentir de la cuisson et même des douleurs assez vives au moment des nettoyages. Il peut aussi se former de petits nodules cicatriciels, qui restent longtemps douloureux. C'est pourquoi nous croyons qu'il vaut mieux obtenir la cicatrisation rapide de ces petites déchirures, en appliquant, aussitôt après la délivrance, soit quelques serres fines, soit quelques points de suture avec de fin catgut. Au bout de trois à quatre jours, la guérison est complète et la malade ne ressent plus la moindre douleur.

B. — Le traitement des *déchirures du second degré* donne lieu à de très importantes considérations. Il est incontestable que l'on a pu obtenir la réunion de quelques-unes de ces déchirures par la position, en maintenant les cuisses rapprochées, et

---

III

Cas où le médecin est obligé à se porter dénonciateur.

Il est des cas où, d'après la seconde partie de l'article 378 du code pnéal, la loi oblige les médecins à se porter dénonciateurs : ces cas deviennent heureusement de moins en moins nombreux. C'est ainsi que la loi du 28 avril 1832 a abrogé les dispositions pénales relatives à la non-révélation des complots formés contre la sûreté de l'Etat et du crime de fausse monnaie. De même est tombé en désuétude l'édit de décembre 1666 qui rendait obligatoire à Paris la dénonciation du nom des individus blessés dans les rixes et dans les troubles politiques : aujourd'hui la dénonciation obligatoire dans ces conditions semble écartée ; c'est à l'énergique protestation de Dupuytren et de ses collègues, après les journées des 5 et 6 juin 1832, qu'est dû ce progrès. Interrogé, Dupuytren avait répondu : « Je n'ai pas vu d'insurgés dans mes salles d'hôpital, je n'ai vu que des blessés. »

Le médecin qui rompt le silence pour accomplir le devoir de la dénonciation civique, échappe à toute responsabilité pénale ou pécuniaire. L'article 30 du code d'Instruction criminelle permet, mais ne rend pas obligatoire, la révélation du crime ou du délit connu dans l'exercice de la profession : c'est au médecin d'apprécier dans sa conscience et dans la plénitude de sa liberté.

En cas de présomption grave d'empoisonnement, le devoir du médecin est de protéger son malade; son seul moyen de protection est d'appeler à son aide ceux que la loi a chargés de cet office ; en cas de doute, il faut soumettre de suite les linges souillés, les urines, à l'examen d'un chimiste : le résultat de cet examen permet d'agir ou de s'abstenir avec une complète sécurité. De même, lorsqu'il se trouve en présence d'enfants victimes de sévices, le médecin a un devoir de protection à remplir vis-à-vis des mineurs confiés à ses soins.

La conduite du médecin est relativement simple dans les cas précédents, puisqu'il peut dévoiler le crime sans compromettre son malade, victime innocente; elle est plus complexe lorsqu'il s'agit d'avortement provoqué. Le médecin doit faire sa révélation au parquet en un temps qui ne puisse mettre en cause aucune des femmes qu'il a soignées, dont il a reçu les confidences ou dont il a surpris le secret à l'occasion de ses fonctions.

par les soins de propreté, mais ce devaient être des déchirures bien peu étendues et, si nous avons des moyens plus sûrement efficaces, pourquoi ne pas les employer ? Que se passe-t-il en effet quand l'anneau vulvaire est largement divisé dans sa commissure postérieure ; quand le transverse est aussi déchiré et que le sphincter externe seul forme la séparation entre l'anus et le périnée largement ouvert ? Aussitôt après la rupture, la plaie bâille plus ou moins largement, et, l'écoulement du sang étant arrêté, il reste une surface cruentée, plus ou moins étendue, dont on peut abandonner la réparation aux seuls efforts de la nature, si l'on en croit nombre d'auteurs. Nous ne le pensons pas ; cette surface est presque fatalement vouée à la suppuration ; elle sera une porte ouverte aux complications traumatiques, et elle peut à son tour infecter l'utérus et devenir l'origine de graves accidents des suites de couches. Il y a encore d'autres inconvénients. Les parois de la déchirure se rétractent et, quand elles sont cicatrisées isolément, la vulve est *déformée* et reste largement béante par sa partie postérieure. La déformation est d'autant plus accusée que la déchirure a été plus profonde, la longueur du périnée est diminuée en proportion, et dans quelques cas, il n'existe plus, de sorte que la commissure vulvaire s'arrête au niveau de la marge de l'anus. Outre cette altération de forme contre laquelle réclame hautement l'orthomorphie, il se passe dans ce périnée divisé des phénomènes très importants. Les muscles se sont rétractés ; ni le sphincter vulvaire, ni les transverses ne peuvent désormais remplir leurs attributions, ils *s'atrophient* même de telle sorte que le périnée est aussi bien détruit dans ses fonctions que dans sa forme. Des conséquences fâcheuses résultent de l'atrophie musculaire, on voit ultérieurement se produire le *prolapsus de la paroi recto-vaginale*, et aussi le *prolapsus utérin*. Dans quelques cas même, la mince cloison recto-vaginale s'atrophie peu à peu et, quelques années après, la déchirure de la cloison est complète.

Les inconvénients de la non-réunion sont assez sérieux, croyons-nous, pour que le chirurgien se fasse un devoir d'intervenir. Mais comment doit-il le faire ? Doit-on se contenter de rapprocher fortement les cuisses de la malade, de les fixer à l'aide d'une serviette, pour obtenir la réunion ; ou encore, croyant agir d'une façon plus énergique, peut-on rapprocher les lèvres de la division avec une série de serre-fines ? Nous croyons tous ces procédés très infidèles, et nous allons plus loin ; pour nous, un périnée largement déchiré réuni par ces seuls moyens sera neuf fois sur dix imparfait. En effet, les muscles déchirés résistent contre cette réunion, leurs extrémités divisées seront bien réunies par un tissu de cicatrice, mais la plupart du temps ils resteront atrophiés, et le périnée reconstitué en apparence n'aura plus sa tonicité normale, il ne pourra plus servir de soutien aux organes génitaux internes. En résumé, dans les déchirures du second degré, il faut toujours intervenir et ne pas attendre une guérison spontanée incertaine, qui, fût-elle assurée, ne vaudrait jamais, au point de vue de la solidité une réparation chirurgicalement obtenue.

C. — L'infirmité grave résultant le plus souvent des déchirures du *troisième degré* (rupture du périnée et de la cloison recto-vaginale), commande la réparation chirurgicale du traumatisme. Aujourd'hui encore, nombre de praticiens se refusent à intervenir immédiatement et rejettent l'opération à une époque assez éloignée, cinq, six, huit mois après l'accouchement. Nous n'avons pas eu l'occasion d'in-

---

Pour sauver un innocent, le médecin peut-il dénoncer un coupable ? Malgré la réponse affirmative à cette question de Barth, du Dr Fournier, M. Brouardel pense que sous aucun prétexte nous ne devons dénoncer notre confident, même coupable ; toutefois, si un innocent est menacé d'être victime de notre silence, nous devons, par tous les moyens imaginés en dehors de la violation du secret, concourir à son salut.

Quant à l'obligation de déposer en justice, le médecin appelé en témoignage est comme toute autre personne tenu de comparaître ; mais, tout en satisfaisant ainsi aux exigences de la justice, il doit se retrancher, s'il y a lieu, derrière le secret professionnel et ne pas déposer sur les faits dont il n'a eu connaissance qu'à raison de sa profession. M. Brouardel fait remarquer que si la législation française est encore incomplète sur cette question, elle est en avance sur toutes les législations étrangères.

Déclaration de naissances. — La loi fait, dans des conditions déterminées, au médecin, un devoir de déclarer la naissance des enfants ; si, par exception, le médecin se croit obligé par la loi du secret à ne pas fournir les indications énoncées dans l'article 57 du code pénal, il devra :

1° Indiquer le jour et l'heure de la naissance.
2° Les prénoms donnés à l'enfant.
3° Présenter l'enfant à l'officier de l'état civil ;
4° Affirmer que la naissance a eu lieu dans telle commune ou à Paris, dans tel arrondissement, de façon à ce que l'officier de l'état civil trouve dans ces déclarations des éléments constitutifs de sa compétence pour procéder à la passation de l'acte de naissance.

La déclaration de naissance doit être faite pour les enfants mort-nés, comme pour les enfants vivants ; par une récente circulaire, le Préfet de la Seine prescrit la déclaration de tous les embryons, même de six semaines.

Pour qu'un médecin soit poursuivi pour violation du secret professionnel, il faut qu'il y ait eu volonté de révéler, l'intention de nuire n'est pas nécessaire ; il faut que le fait *soit imputable à son auteur*, c'est-à-dire qu'il puisse être considéré comme le résultat d'une libre détermination de sa part. La révélation faite par un médecin atteint d'*aliénation mentale* n'engendre donc contre lui aucune responsabilité. Il en sera tout autrement de la révélation faite sous l'empire de l'*ivresse* (Hémar).

G. Lepage.

tervenir dans des cas semblables; cependant, le cas échéant, nous agirions comme dans les déchirures du second degré et nous tenterions la réunion immédiate. Voici nos raisons. Et d'abord, la surface cruentée est encore plus considérable que dans le second degré et offre une plus large prise à l'*absorption des produits septiques*. Celle-ci est d'autant plus à craindre que l'incontinence des matières fécales est complète et que celles-ci viennent souiller et enflammer les surfaces déchirées. D'ailleurs, cette incontinence durant plusieurs mois n'est-elle pas une infirmité considérable et une cause d'affaiblissement dont on doit chercher, autant que possible, à diminuer la durée ! De plus, il faut bien remarquer aussi que l'opération tardive présente de notables difficultés qui tiennent à l'évolution naturelle de la blessure.

En effet, les lambeaux divisés subissent une *rétraction* qui, bien que *lente*, n'en est pas moins *fatale et progressive*. Un tissu cicatriciel dur, résistant souvent, recouvre et resserre les surfaces, et reporte leurs extrémités en arrière. Les muscles sphincters, vulvaire et anal, les transverses, subissent une *altération régressive* due à leur manque de fonctionnement. Le chirurgien a alors à lutter contre la rétraction et l'atrophie des lambeaux, en outre, il doit sacrifier tout ce qui est tissu de cicatrice ; de là la difficulté pour l'affrontement qui se fait tout naturellement quand on opère sur des parties récemment divisées. En outre il est exposé à faire une intervention moins utile au point de vue fonctionnel à cause de l'atrophie musculaire ; et il arrive parfois que les orifices reconstitués ne recouvrent pas leur contractilité. En un mot l'opération tardive est une véritable autoplastie, une *périnéo-plastie* tandis que l'opération immédiate n'est qu'une suture, une vraie périnéorrhaphie.

Étant admis ce principe : *la réparation du périnée ne doit pas être abandonnée à elle-même*, à quelle époque à partir de la fin de l'accouchement doit-on intervenir ? — Pour les déchirures superficielles (1re classe) il est très simple et vite fait d'appliquer immédiatement après la délivrance trois ou quatre points de suture superficielle au catgut fin ou à la soie phéniquée ; d'ailleurs, à ce moment il est à remarquer que la peau et la muqueuse de l'orifice vulvaire n'ont pas encore recouvré leur sensibilité normale et les piqûres ne sont presque pas perçues. On devra, toutefois, avoir soin de les faire pénétrer à un demi-centimètre si le sphincter est un peu éraillé.

On a fait à l'intervention immédiate dans les deux autres classes de déchirures un certain nombre de reproches. Voyons ce qu'ils ont de fondé.

On agit, disent les uns, sur des parties *déchirées et contuses* ; cependant, on sait que la division est souvent aussi nette que si elle était pratiquée avec l'instrument tranchant. Et, s'il y a un peu de contusion, il faut avoir soin de régulariser avec des ciseaux les parties contuses, de racler les caillots sanguins qui recouvrent la surface ou qui se sont entassés dans ses anfractuosités; la régularisation, si elle est nécessaire, ou au moins le nettoyage rigoureux des surfaces déchirées, mettent la plaie en bon état pour obtenir la réunion. La gangrène est, d'ailleurs, bien rare dans cette région, probablement à cause de l'activité circulatoire qu'elle possède dans la période puerpérale.

On a craint que l'*écoulement de lochies purulentes et fétides* ne cause la désunion de la suture. Mais pendant les trois ou quatre premiers jours après l'accouchement les écoulements sont constitués par du sang pur ou du liquide sanguinolent ; et il est parfaitement démontré, de plus, que les lochies normales ne contiennent pas de pus, mais sont formées de sang, de sérosité et de mucus, si toutefois, l'on a soin d'empêcher la septicité de l'écoulement au moyen de lavages antiseptiques.

L'*affaiblissement* trop considérable de la femme après un travail prolongé, ou à la suite d'hémorrhagies graves peut être, dans des cas très rares, une contre-indication à la réunion immédiate ; cependant, nous croyons qu'après avoir laissé l'accouchée reposer douze heures environ, on pourra néanmoins opérer, et d'ailleurs l'opération qui par elle-même n'impose aucun traumatisme important, met cette accouchée affaiblie à l'abri des complications septiques auxquelles l'expose la plaie périnéale et desquelles son affaiblissement la rendrait facilement victime.

Quant à l'état puerpéral, nous croyons qu'il ne peut être une contre-indication sérieuse, car alors il faudrait aussi condamner l'intervention secondaire qui se fait au sixième ou huitième jour après l'accouchement, au moment de la période de granulation de la plaie. L'état puerpéral n'est dangereux pour l'accouchée que si les conditions de propreté rigoureuse ne sont point observées ; mais, en usant d'une antisepsie sérieuse, on ne peut l'aggraver en aucune façon. D'ailleurs, la suppression de la plaie périnéale n'est-elle pas un moyen de diminuer sa gravité et aussi les souffrances ultérieures de l'accouchée ?

En résumé, sauf dans des cas très rares (épuisement absolu de la femme, rupture très contuse, irrégulière et remontant très haut), nous admettons que la suture immédiate, opération simple, ne nécessitant pas d'avivement, est la méthode de choix. En la pratiquant avec les précautions suffisantes, on a les succès les plus encourageants, et si, par hasard il y avait absence de réunion partielle ou totale, on n'aurait en rien compromis la possibilité d'une restauration ultérieure.

Combien d'heures après l'accouchement convient-il d'intervenir ? Le terme de suture immédiate semble indiquer que la réunion doit se faire aussitôt après la délivrance ; il vaut mieux le comprendre dans le sens d'intervention pratiquée sur une plaie récente, non encore granuleuse. Dans une de nos observations, nous avons pratiqué la réunion immédiate 60 heures après l'accouchement ; la plaie fut simplement grattée et ses bords ébarbés, la réunion ne s'en fit pas moins très bien. Cependant, en thèse générale, nous préférons intervenir dans les douze premières heures, et surtout quatre ou cinq heures après l'accouchement, si la déchirure a une étendue

notable. Ce repos entre la délivrance et l'acte chirurgical est utile pour l'accouchée; pendant ce temps l'écoulement sanguin de l'utérus se fait, et on est moins gêné pour l'opération.

Il nous reste à parler de la suture en elle-même et des précautions que réclame son application. Et d'abord la *chloroformisation* est-elle nécessaire ? La réponse est variable suivant les cas. Si la déchirure est très limitée, si deux ou trois points de suture sont suffisants, on peut opérer aussitôt après la délivrance et alors l'engourdissement des parties est tel que les piqûres sont très peu ressenties. Dans ces cas, l'anesthésie n'est point nécessaire et n'est utile que chez des malades pusillanimes. Dans les autres cas, comme il faut appliquer une suture très régulière et que les mouvements défensifs de la patiente peuvent nuire notablement à son exécution, l'anesthésie est indispensable; elle doit être suffisante pour que l'on puisse bien écarter les cuisses de l'accouchée et que celle-ci soit absolument immobile. Elle est encore plus indispensable quand on opère au troisième jour, car alors il est nécessaire d'aviver et de régulariser la déchirure, manœuvres qui ne sont pas sans causer une vive douleur.

La patiente une fois endormie est placée dans la position de la taille et il faut avoir soin de bien envelopper ses jambes au moyen d'ouate ou de flanelle afin qu'elles ne soient point exposées au refroidissement qui pourrait favoriser l'apparition de phlébites. On pratique alors un dernier nettoyage très soigneux du vagin et du rectum au moyen d'injections d'une solution de sublimé à 1/2000 ; je me suis alors très bien trouvé de placer au fond du vagin un assez fort tampon de gaze iodoformée qui empêche l'écoulement du sang de l'utérus pendant l'opération. Le Dr Doléris recommande même de disposer un appareil qui laisse couler sur le champ opératoire un mince filet de solution de sublimé pendant l'opération.

Quel est le *fil préférable* pour pratiquer la suture ! Les uns préfèrent le fil d'argent, les autres le catgut, la soie phéniquée, le crin de Florence.

Le *catgut* préparé par la méthode de Schédé (immersion pendant 48 heures dans la liqueur de Van Swieten, puis dans l'huile de genièvre, conservation dans l'alcool, puis immersion dans l'eau phéniquée à 4 % au moment de l'opération), a le grand avantage de se résorber dans les tissus et il ne disparaît qu'au bout de six à sept jours, ce qui est plus que nécessaire pour que la réunion s'opère. Le Dr Brôse, en Allemagne, Doléris, Charpentier, en France font avec le catgut une suture continue en spirale ou suture en surjet. Elle commence dans le vagin et se fait à un ou deux étages suivant la profondeur de la déchirure ; dans le premier, on réunit les couches profondes, dans le second, on rapproche les plans superficiels. Brose recommande de passer quelques points profonds qui consolident le tout et s'opposent au tiraillement. La suture continue au catgut est excellente, d'après Doléris, même pour obtenir la réunion des déchirures de la cloison ; il faut commencer par suturer les tissus sous-muqueux, puis on remonte de l'anus vers la vulve et le vagin en réunissant tout le périnée. Nous avons employé la méthode de Brose dans notre seconde observation et nous avons eu un plein succès ; nous avions eu soin, précaution très importante, de faire pénétrer nos fils de façon à leur faire embrasser une épaisseur de tissus de 1 cent. 1/2, de chaque côté de la déchirure, afin d'obtenir un affrontement profond bien exact, et de comprendre les muscles dans la suture. Le succès a été complet. Nous faisons cependant quelques restrictions à l'emploi du catgut. Il faut se servir d'une substance bien préparée et dont on puisse garantir la résistance pendant le temps nécessaire à la réunion. Il faut encore que les parties s'affrontent facilement surtout dans la profondeur et qu'il n'y ait point de tractions tendant à désunir la suture.

C'est pourquoi nous avons préféré et nous préférerons encore la suture en *fil d'argent*, au moins pour les points profonds quand on opère sur un périnée résistant, peu épais et sur une malade peu docile. On appliquera alors, suivant les cas, un, deux, trois, quatre points de suture profonde que l'on fixera sur les côtés soit au moyen de plaques, soit au moyen de petits rouleaux de diachylum entourés de gaze iodoformée. Nous attachons une grande importance à deux de ces points profonds : l'antérieur qui traverse le muscle sphincter vulvaire et le postérieur qui embroche la partie superficielle ou la totalité du sphincter anal. Nous n'avons eu aucun inconvénient de la suture superficielle au fil d'argent fin, peut-être la ferons-nous maintenant au catgut, afin d'éviter la présence dans le vagin et au périnée d'un faisceau de fils gênant pour les pansements.

Une fois l'opération terminée, on pratique un large lavage ; puis, après avoir séché, on fait une pulvérisation de poudre d'iodoforme sur toute la ligne de suture. Nous la recouvrons ensuite de plusieurs doubles de gaze iodoformée, puis nous appliquons dessus une couche de charpie de bois sublimée qui, pénétrant dans le vagin, absorbe l'écoulement utérin et le conduit dans une bonne couche de la même substance placée devant la vulve et maintenue par un bandage en forme de T. La malade est ensuite placée dans son lit les jambes rapprochées et les cuisses ramenées l'une contre l'autre au moyen d'un bandage de corps. Le pansement doit se faire trois ou quatre fois par jour si l'écoulement utérin est abondant. Chaque fois on pratique une large irrigation antiseptique, on saupoudre de nouveau la suture avec l'iodoforme et on renouvelle la gaze et la charpie absorbante.

Dans la plupart des cas, la réunion est parfaite au bout de peu de jours ; quelquefois un ou plusieurs points de suture peuvent manquer et il s'établit de petites fistules dont l'obturation se fait assez facilement au moyen de quelques cautérisations au nitrate d'argent.

Comme on le voit, la suture immédiate est d'une application simple et facile ; et son succès est certain, pourvu qu'on ne néglige aucune des précautions que prescrit l'antisepsie chirurgicale.

Dr Barette,
Chef de clinique chirurgicale.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Médecins, pharmaciens et spécialités.

Sous ce même titre, — ou à peu près, — le « Concours » insérait, dans les numéros des 23 et 30 octobre dernier, une assez virulente philippique d'un confrère X.

Je voudrais y répondre quelques mots ; je désirerais surtout proposer aux divers abus signalés une sanction qui me paraît pratique.

Si j'ai bien compris la pensée de notre confrère, les griefs qu'il reproche à MM. les pharmaciens peuvent se ramener à deux :

Premier grief : leur monopole ;

Deuxième grief : la concurrence déloyale qu'ils nous font par leurs consultations clandestines et la vente, au grand jour des spécialités.

Bien que partisan décidé de toutes les libertés, j'ai le regret, sur le premier point, de ne pas être d'accord avec le Dr X. S'il est vrai que pour l'exercice de la partie purement commerciale, la pharmacie ne réclame pas d'aptitudes extraordinaires, et qu'un épicier soit en effet très capable de vendre au grand profit de tous, telles pilules internationales, des pommades et des bouteilles de sirop, notre confrère voudra bien reconnaître que le trafic pharmaceutique ne se borne pas à l'écoulement de ces seules substances.

Ainsi qu'il le dit lui-même, « le pharmacien doit « avoir dans son officine tous les produits qu'or- « donnent les praticiens. » Ci, la nomenclature de toutes les drogues médicinales, depuis les anodines fleurs de sureau jusqu'à l'azotate d'aconitine.

Or, malgré le tableau imagé que le Dr X. nous trace de la prospérité des pharmaciens dans son arrondissement, il n'est que trop réel qu'une officine ne peut se soutenir que par la vente combinée de tous les produits dont un usage séculaire lui a laissé le monopole. Réduite aux seuls médicaments magistraux, elle ne suffirait pas à faire vivre son titulaire. Les chiffres suivants vont en donner la preuve. Une pharmacie de campagne, lorsqu'elle est bien *achalandée*, donne un produit net annuel de 10,000 à 20,000 fr. Les bénéfices s'élevant, en moyenne, et tout compté, à 25 ou 30 pour cent, c'est, on le voit, un revenu de 2,000 à 5,000 fr. que peut toucher un pharmacien à la campagne.

Pour les petites villes et les gros chefs-lieux, il faudrait majorer ces deux chiffres d'un quart ou d'un cinquième. Mais, partout, bien que l'on ne parle ici que des pharmaciens ayant un certain renom, il en est un grand nombre qui sont loin d'atteindre à ce chiffre d'affaires et celui-ci n'étant obtenu que par la vente de la totalité des substances officinales, si vous en enlevez les produits courants : vins, sirops et huiles, l'industriel ne pouvant vivre, ira chercher fortune ailleurs (1).

Est-il besoin cependant d'insister sur l'utilité de mettre à proximité des malades de la campagne les médicaments dont ils ont besoin journellement ?

C'est cette nécessité même qui implique fatalement pour le pharmacien le privilège exclusif de les délivrer.

J'entends bien notre confrère : si le pharmacien disparait, « ayant tué la poule aux œufs d'or, ce sera, « nous dit-il, le médecin qui se trouvera seul chargé d'ordonner, *d'appliquer* (?) et de préparer le « remède pour le plus grand bénéfice de la santé et « de la bourse des malades.... »

Di, avertite !.... que Dieu ou la loi nous protège contre une telle extrémité ! Non, non, à chacun son métier et les malades seront bien soignés. D'ailleurs, que notre confrère me permette de le lui dire : le pharmacien n'est pas l'inférieur social du docteur ; il a un rôle complémentaire du sien tout simplement.

Que si certaines individualités remuantes et ambitieuses essaient de troubler cet ordre naturel en s'érigeant en consultants de contrebande, c'est à la loi, et non à nous, par des injures, de réprimer l'abus. Et ici je me trouve absolument d'accord avec notre contradicteur sur un point important. Il s'élève, et avec raison, contre les fraudes que subissent parfois certains médicaments héroïques, et contre le prix exorbitant qu'atteignent quelques drogues de première nécessité.

Contre le premier abus, il suffirait de substituer à la visite inspectorale presque toujours platonique, une prise d'échantillons, faite par un agent quelconque, de toutes les substances actives de la pharmacopée. Ces échantillons seraient envoyés, scellés et timbrés aux laboratoires d'essai, et toute infraction aux prescriptions du Codex serait mentionnée par une affiche apparente à la porte du délinquant et punie en outre d'une amende très forte. Il est à croire qu'une telle mesure, sévèrement appliquée, mettrait la puce à l'oreille de messieurs les fabricants de kermès fantaisiste, de morphine à l'amidon, et de quinine plâtrée. Si la falsification des denrées alimentaires est un délit répréhensible, la falsification de certains médicaments, comme la quinine, les sels d'opium, etc., est un crime social. Elle doit être punie comme tel.

Quant au prix exagéré de certaines drogues, il suffirait que deux ou trois pharmaciens autorisés donnassent le branle pour que leur exemple fût bientôt imité.

Venons maintenant au second grief, à la concurrence déloyale que nous font messieurs les pharmaciens par leurs consultations, et la vente de leurs spécialités. Pour les consultations, la loi existe, il suffirait de l'appliquer, bien qu'il y ait à ce sujet de nombreux *distinguo*. Restent les spécialités. Leur commerce, qui s'étend chaque jour, est en effet une honte scientifique.

Mais quel remède M. X. nous propose-t-il ? *Caveant medici* ! nous dit-il ? Certes, il est bon de veiller, mais il vaudrait mieux agir. Pourquoi n'inscrirait-on pas dans la loi actuellement soumise au Parlement, les trois articles suivants :

1° *Les étiquettes, annonces, affiches ou réclames de tout produit médicamenteux, spécialisé, ne pourront désormais porter que le nom scientifique de la substance ainsi préparée.*

2° *Toute indication directe ou indirecte de action physiologique ou thérapeutique vraie ou supposée du susdit médicament est formellement interdite.*

(Il va sans dire que cette indication ne s'étend pas aux études de thérapeutique sérieuse publiées dans les journaux spéciaux.)

3° *Toute infraction aux deux précédents articles sera punie d'une amende de* 500 *à* 3,000 *fr., et en cas de récidive du double de cette amende.*

M'est avis qu'ainsi tenus, messieurs les pharmaciens y regarderaient à deux fois avant d'écrire certaines lettres dans... certains journaux, à la plus grande gloire de certaines pastilles.

Le remède que nous proposons pourra paraître

(1) Il va sans dire qu'on pourrait ajouter d'autres arguments, celui du diplôme, entre autres; mais, voulant serrer la question, nous avons choisi le plus topique.

radical, mais il est en conformité avec l'esprit des lois actuelles.

D'après celles-ci, le médecin diplômé a seul le droit de prescrire les médicaments ; que ceux qui les inventent nous disent donc, à nous, et non au *public*, ce qu'ils *sont* et non pas ce qu'ils *font*. C'est notre affaire et non la leur. A. CORIVEAUD.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Syndicat de Challans-Vendée.

SOMMAIRE : *Examen de la loi sur l'exercice de la Médecine et de la Pharmacie. Le monopole de la Pharmacie devrait être supprimé.*

EXTRAIT DU PROCÈS-VERBAL DE LA SÉANCE DU 23 AOUT 1886.

Nouveaux projets de loi sur l'exercice de la médecine et de la Pharmacie.

Le Docteur D. partisan du libre exercice de la médecine, croit que si l'on juge bon de réglementer l'exercice de notre profession il est inutile d'accorder aux officiers de santé le titre de Docteur, dont ils ne retireraient aucun avantage scientifique et de les obliger à présenter une thèse coûteuse.

Le médecin-dentiste ne lui paraît pas davantage une innovation nécessaire ; les dentistes ayant le titre de docteur étant aujourd'hui nombreux.

Il voudrait surtout attirer l'attention des membres du syndicat sur la proposition de loi réglementant l'exercice de la pharmacie ; question vitale pour les médecins de campagne auxquels pharmaciens et sorciers font une concurrence redoutable.

Il ne croit pas à la nécessité de conserver un monopole ruineux pour la partie la plus intéressante du public, les malades. Qu'allègue-t-on pour le maintenir ? Il a pu rencontrer seulement des raisons d'ordre sentimental. Il énumère les principales.

1° *Le Pharmacien existe, obligation de le conserver.*

Elle est la meilleure ; c'est celle dont la commission de la Chambre semble s'être inspirée uniquement ; l'inamovibilité du fonctionnaire. Cependant en supprimant le monopole, nous ne supprimons pas la fonction.

2° *Nécessité de limiter la vente des poisons.*

Cela oblige-t-il à enlever le droit de les vendre et de les manipuler au médecin qui seul dans les campagnes possède les notions suffisantes de leur action sur l'économie ? La loi permet à lui seul de fixer la dose, d'indiquer le mode de préparation et l'emploi d'un médicament qu'elle lui défend de fournir et d'administrer ; si bien que la guérison d'une maladie et l'avenir professionnel du médecin restent à la merci d'une tierce personne, libre d'exécuter bien ou mal une ordonnance, ou d'en confier l'exécution à un garçon de laboratoire inexpérimenté.

3° *Le médecin peut abuser de celui qui réclame ses soins, lui donner des remèdes en trop grande quantité ; les faire payer un prix trop élevé.*

Il n'y a aucune limite à la malhonnêteté d'un médecin, et ajoutons... d'un pharmacien.

Les exemples d'association de l'un et de l'autre sont rares, mais ils existent.

4° *La prescription du médecin doit être contrôlée, en cas d'erreur.*

S'il n'habite pas à six kilomètres d'un pharmacien à cette distance, le besoin de contrôle cesse ; en sorte que le moins *savant* d'entre nous pourra, s'il se trouve dans les conditions légales, être assuré partout et toujours de la pureté de l'agent thérapeutique employé.

Nos maîtres de la Faculté de Paris ne jouiront pas de ce droit.

En multipliant le nombre des intermédiaires, les probabilités d'erreur augmentent.

La loi qui nous régit actuellement défend de délivrer un médicament sans la signature de l'un de nous. Aucun pharmacien ne pourrait payer son loyer s'il lui obéissait à la lettre.

Les bénéfices exagérés, toujours croissant, sans limite possible, pris sur les drogues, mettent les personnes pauvres dans l'impossibilité absolue de suivre un traitement de longue durée. Nous en avons dans notre pays de fréquents exemples. Nous connaissons tous l'écart énorme entre le prix en droguerie d'un remède et celui payé par nos clients ; il est tel qu'un chiffre d'affaires de dix mille francs réalise un bénéfice de huit mille francs.

Dans toutes les discussions lues par notre confrère au sujet du projet de loi dont il parle, personne ne semble s'être préoccupé de la bourse des malades, ces derniers ne peuvent avoir qu'une sauvegarde, la conscience du médecin trouvant dans l'exercice de sa profession une rémunération suffisante, lui permettant de vendre au prix de revient la préparation utile.

Le pharmacien est un impôt sur le malade.

Il est impossible aux sociétés syndicales d'ouvriers comprenant un petit nombre de membres, aux sociétés de secours mutuels, de bienfaisance, etc. etc., de vivre, si elles n'ont des ressources considérables.

En ce qui nous concerne spécialement, le docteur D. ne croit pas que nous puissions accepter sans protestation de rester demain comme aujourd'hui les commis-voyageurs de messieurs les Pharmaciens. Il ne demande pas leur suppression, il voudrait obtenir seulement la suppression de l'obligation de passer par leurs mains.

Il réclame du Syndicat *de se prononcer contre le monopole de la Pharmacie, et pour le libre exercice de la Pharmacie par le médecin traitant.*

Après une courte discussion, cette proposition, mise aux voix, est adoptée à l'unanimité.

Le secrétaire du Syndicat,
Dr L. DODY.

Bureaux des syndicats.

SYNDICAT DE VERNEUIL (Eure)

Président : Drs PESCHEUX, de Verneuil.
Vice-Président : HERBERT, de Tillières.
Secrétaire-Trésorier : CARCOPINO, de Verneuil.

SYNDICAT DU CHER (*Région Nord*).

Président : Drs DECENCIERE, de Sancergues.
Syndics : GRESSIN, à Aubigny.
id. DEROIN, à Vangues.
Secrétaire-Trésorier : COURRÈGES, aux Aix-d'Angillon.
Président honoraire : Dr PERMUSSAULT.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

Huitième année N° 50 11 Décembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »
ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

ANNUAIRE
DES
MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ DU « CONCOURS MÉDICAL »

AIN.

MM.
Bozonet (E.), Bellay.
Bozonet (H.), Montrevel.
Carrel, Treffort.
Castex, Oyonnax.
Chaballier, Pont-de-Vaux.
Chevron, Poncin.
Dechoudans, St-Jean-de-Gonville.
Drouet, Tenay.
Fourchet, Chatillon-s-Chalaronne.
Grobon, Bourg.
Guillemant, Lhuis.
Julliard, Chatillon-de-Michaille.
Labrely, Poncin.
Lardet, Thoissey.
Manjot, Bellay.
Moiroud, Tenay.
Passerat, Bourg.
Ravet, Lhuis.
Vitte, St-Julien-sur-Reyssouze.

AISNE.

Adam, Montcornet.
Ancelet, Vailly-sur- Aisne.
Ballossier, Craonne.
Beauvais, Lavat-sur-Laon.
Benoist, Braisne-sur-Vesle.
Bracou, Vailly-sur-Aisne.
Brassart, Villers-Cotterets.
Cambus, Bohain.
Chateaubourg (de), Braisne.
Coroze, Hirson.
Croquet, Tergnier.
Cury, Rozoy-sur-Serre.
Deligny, Fère-en-Tardenois.
Devauchelle, Bruyères-sur-Laon.
Dulieu, Longueval.
Dupré, Longueval.
Faloy, Tergnier.
Ferrand, Soissons.
Fillion, Cœuvres.
Fournier, Soissons.
Gaillard, Hartennes.
Galimant, Chevregny.
Gendre, Tropigny.
Gerard, Montcornet.
Godfrain, Etreux.
Haye, Seboncourt.
Herbillon, Soissons.
Joffroy, Saint-Erme.
Journal, Laon.

MM.
Lécuyer, Beaurieux.
Lefebvre, Bohain.
Lefranc, Chauny.
Lemaire, Nouvion-en-Thiérarche.
Leroux, Corbeny.
Marache, Dizy-le-Gros.
Marcotte, Soissons.
Martin, Vigneux.
Mora, Brunehamel.
Painetvin, Fresnoy-le-Grand.
Petcaux, Vaux Andigny.
Petit, Charly.
Petit, Montreuil-aux-Lions.
Potier, Caillouët.
Preaux, Villers-Cotterets.
Richepin, Origny-en-Thiérarche.
Rivière, La Ferté-Milon.
Rousseau, Laon.
Tison, Chauny.
Valissant, Coucy-le-Château.
Vendrand, Villers-Cotterets.
Verut, Charly.
Wimy, Braisne-sur-Vesle.
Wimy, Pierrepont.
Woimant, Soissons.

ALLIER.

Andrillard, Varennes-sur-Allier.
Aumoine, Buxière-les-Mines.
Aurillac, Vichy.
Beraud, Ainay-le-Château.
Berthomier, Cusset.
Besson, Montluçon.
Bourillet, Bezenet.
Carnat, Bourbon-l'Archambault.
Charrière, Souvigny.
Coudamine, St-Menoux.
Coulhon, Montluçon.
Decrand, Moulins.
Delome, Cosne-sur-l'Œil.
Desmaroux, Huriel.
Duché, Montluçon.
Gacon, Le Donjon.
Gougue, Meaulne.
Gouraincourt, Franchesse.
Groslier, Montmarault.
Lamallerée (De), Varenne-s-Allier.
Leblanc, Courçais.
Leblanc, St-Pourçain.
Madet, Chantelle.
Petit, Archignat.

MM.
Peyrand, Vichy.
Regnault, Bourbon-l'Archambault
Renon, Ainay-le-Château.
Roux, Vichy.
Ruelle, Commentry.
Sadrain, Estivarcille.
Sahut, Gannat.
Salzède (De la), Vichy.
Souligoux, Vichy.
Tabouët, Vallon-en-Sully.
Tauleigne, Hérisson.
Verrier, Besson.
Viple, Ebreuil.

ALPES (Basses-).

Bec, Mezel.
Eyssauthier, Bellaffaire.
Garcin, Allos.
Marcelin, Sausses.
Maurel, Forcalquier.
Rebory, Digne.
Romieu, Digne.
Salvan, Les Mees.
Silve, Digne.
Turiès, Puymoisson.

ALPES-MARITIMES.

Alméras, Menton.
Arnulphy, Nice.
Aubin, St-Césaire.
Berlin, Niee.
Bonafons, Nice.
Bousquet, Valbonne.
Ciais, Cabbé-Roquebrune.
Davès, Saorge.
Gruzu, Cannes.
Just, Menton.
Lambert, Nice.
Lange, Cannes.
Leplichey, Cannes.
Lombard, Valbonne.
Maurel, Le Bar.
Mengeaud, Nice.
Mougins de Roquefort, Antibes.
Ollivier, Caille.
Olivier, St-Martin-d'Estrannes.
Poizat, Cannes.
Raymond, Antibes.
Rocque, Menton.
Roustan, Grasse.

MM.
Rue, Bouyon.
Sassi, Sospel.
Scoffier, Nice.
Segond, Valbonne.
Seney, Nice.
Schmeltz, Nice.
Taxil, Nice.
Thaon, Nice.

ARDÈCHE.

Adhéran, Annonay.
Bonzol, Le Cheylard.
Dessus, Aubenas.
Fargier-Lagrange, Tournon.
Gilles, St-Marcel.
Godran, Viviers.
Helme, Le Pouzin.
Lagarde, Vals.
Lautier, Les Vans.
La Saigne, Tournon.
Martin, Aubenas.
Pelegrin, Villeneuve-de-Berg.
Roux, Viviers.
Tourvieilhe, Les Vans.

ARDENNES.

Amstein, Mézières.
Beaudier, Attigny.
Bonnet, Mézières.
Carion, Charleville.
Chambard, Givet.
Desplous, Liart.
Desplous, Rimogne.
Desprez, Fraillicourt.
Devaux, Nouzon.
Guillaume, Attigny.
Hardy, Gomont.
Hugnin, Tourteron.
Larmoyer, Charleville.
Leroy, Vireux-Wallerand.
Maquart, Auvilliers-les-Forges.
Massu, Rocquigny.
Massul, Chaumont-Porcien.
Minguet, Juniville.
Parmentier, Flize.
Philippoteaux, Lannois-s-Vence.
Pillière, Charleville.
Pitoux, Vireux-Wallerant.
Séjournet, Revin.
Speckhahn, Renwez.
Toussaint, Mezières.
Troyon, Rethel.
Veguet, Tagnon.

ARIÈGE.

Auriol, Tarascon.
Blaquière, Foix.
Buscail, Serres-sur-Arget.
Campoussy (De), Mijanès.
Carbonell, Rimont.
Dresch, Foix.
Durègne, La Bastide-du-Salat.
Fauré, Foix.
Marrot, Ganac.
Mourié, Ax.
Ortel, Saverdun.
Palenc, Ax.
Roujas, Le Mas-d'Azil.

MM.
Soneix, St-Girons.
Soula, Mazères.
Teulière, Foix.

AUBE.

Adeline, Dienville.
Anguille, Rieux-Minervois.
Berthiaud, Villenauxe.
Bertrand (E.), Essoyes.
Bertrand, Nogent-sur-Aube.
Cadet, Romilly.
Coqueret, Troyes.
Demeurat, Rigny-le-Ferron.
François, Ervy.
Jacquart, Bar-sur-Seine.
Lebrun, Bar-sur-Aube.
Lemoine, Dienville.
Martinet, Villenauxe.
Martiney, Piney.
Matrion, Arsonval.
Milliot, Chevanges.
Tacheron, Bar-sur-Aube.
Thiellé, Essoyes.
Vaudey, Brienne-le-Château.
Vauthier, Troyes.

AUDE.

Allary, Leucate.
Barthez, Narbonne.
Baux, Quillan.
Cathala, Argens.
Chaubet, Espezel.
Crouzet-Cuxac, Cabardès.
Cuxac, Limoux.
David, Sigean.
Digeon, Limoux.
Durand, Castelnaudary.
Ferroul, Narbonne.
Gauthier, Sigean.
Gibert, Ornaisons.
Gorguas, Quillan.
Guidoni, Narbonne.
Jammes, Belvèze.
Jean, Limoux.
Joullié, Narbonne.
Lapeyre, Trèbes.
Narbonne, Narbonne.
Petit, Carcassonne.
Pugens, Belcaire.
Rigail, Carcassonne.
Rougé, Limoux.
Tournié, Carcassonne.
Vaysse, Quillan.

AVEYRON.

Bonnefé, Rodez.
Bonnefons, Broquiès.
Bonnes, Laissac.
Bonneviale, Pailhas.
Campan, Rodez.
Cayrè, Requista.
Cochy-Moncan, St-Sernin.
Couly, Decazeville.
Durand, Pont-de-Salars.
Foulquier, Lavergne.
Fournier, Entraygues.
Galtier, Requista.

MM.
Nègre, Rodez.
Privat, St-Affrique.
Viala, Rodez.
Volonzac, Marcillac.

BOUCHES-DU-RHONE.

Amic, Marseille.
Antonini, Gardanne.
Aude, Aix.
Bastide, Marseille.
Bernard, Marseille.
Blanc, Ailland.
Blitz, Marseille.
Bonnet, St-Henry.
Boubila, Marseille.
Bousquet, Marseille.
Brémond, Marseille.
Canazzi, Cuges.
Cavalié, Marseille.
Chatelain, Marseille.
Collomp-de-Péronne, Marseille.
Colmar, Marseille.
Descosse, Marseille.
Dupeyron, Septèmes.
Dusilliet, Marseille.
Espanet, Marseille.
Eyriès, Marseille.
Fanton, Marseille.
Fauré, Marseille.
Flaissières, Marseille.
Froment, Marseille.
Gallerand, Marseille.
Garnier, Marseille.
Gilleron, Les Pennes.
Giraud, Aix.
Giraud (451), Marseille.
Giraud (2519), Marseille.
Goy, Marseille.
Isaac, Marseille.
Larche, Marseille.
Maurel, Marseille.
Mercurien, St-Remy.
Merentié, Marseille.
Michon, Marseille.
Millou, Marseille.
Mistral, Marseille.
Noskowki, Marseille.
Pigeon, Barbentane.
Planty-Mauxion, Marseille.
Pourrière, St-Louis.
Reguis, Allauch.
Rossi, Marseille.
Roux, Jonquès.
Sérieux, Les Martigues.
Sicard, Marseille.
Soyard, Marseille.
Tramoni, Aix.
Villebrun (De), Marseille.
Villemus, Trets.
Villevieille, Marseille.
Vincenti, Marseille.

CALVADOS.

Basley, Bayeux.
Cottard, Honfleur.
Decornière, Lisieux.
Des Rivières, Caumont-l'Eventé.
Dutac, Fervacques.

MM.
Guénier, Honfleur.
Hic, Livarot.
Hue, Orbec.
Juhel, Caen
Lamare, Honfleur.
Le Breton, Honfleur.
Lemonnier, Beaumont-en-Auge.
Liette, Falaise.
Marais, Honfleur.
Massart, Honfleur.
Porquet, Vire.

CANTAL.

Albessard, Vic-sur-Cère.
Fesq, Aurillac.
Hugon, St-Flour.
Riol, Pierrefort.
Rochette, St-Flour.
Seguy (De), St-Flour.
Vaquier, St-Flour.
Zeglicki, Mauriac.

CHARENTE.

Audoyer, La Couronne.
Authenac, Montmoreau.
Barrand, St-Angeau.
Blanchier, Chasseneuil.
Boiteau, Bassac.
Bouyer, Angoulême.
Carron-Massidou, Ventouse.
Chevalerias, Mortemboeuf.
Clémenceau, Angoulême.
Compagnon, Chasseneuil.
Debenais, Chalais.
Debrousse-Latour, Monthiers.
Deriaud, Angoulême.
Descrees, Chabanais.
Duportal, Ruffec.
Fouassier, Blanzac.
Georgeon, Segonzac.
Gignac, Marthon.
Gourteneuve, St-Claud.
Guichard, Lignières.
Jeannet, Cognac.
Jousse, Marcillac.
Lacour, Chalais.
Lamy, La Rochefoucauld.
Malleste, Ruffec.
Mandinaud, Montmoreau.
Mauny (De), Brossac.
Martin, Cognac.
Meslier, Barbezieux.
Monjon, Angeac-Champagne.
Nelson-Pautier, Aigre.
Niemojowski, Nersac.
Pintaud-Desallées, La Rochefoucault.
Pradignac, Montbron.
Rigaillaud, Blanzac.
Sallées, Cognac.

CHARENTE-INFÉRIEURE.

Anfrun, St-Pierre.
Aubert, St-Sauvant.
Bacearisse, St-Porchaire.
Barthe, La Rochelle.

MM.
Battandier, Marennes.
Bobric, Cozes.
Bonté, Aigrefeuille.
Boutiron, Fouras.
Brisson, Averton.
Brard, La Rochelle.
Brung, Cercoux.
Busquet, St-Aigulin.
Chavanon, Saujon.
Devers, St-Jean-d'Angély.
Dhoste, Rochefort-sur-Mer.
Dhoste, Rochefort-sur-Mer.
Drouineau, La Rochelle.
Dubois (P.), Marans.
Dubois, Saujon.
Duhalle, Rochefort-sur-Mer.
Esnault, Marans.
Fanueil, Meursac.
Foubert, St-Savinien.
Fourgnaud, La Flotte.
Gaillard, Crazannes.
Gaudin, Tonnay-Charente.
Geay, La Guinalière-de-Dolus.
Geneuil, Montguyon.
Gianetti, St-Jean-d'Angély.
Gilbert, Pont-l'Abbé-d'Arnoult.
Guérin, Courcoury.
Guillou, La Tremblade.
Guiton, Arvert.
Guy, Aras.
Kemmerer de Raffin, St-Martin-de-Ré.
Lablancherie, Matha.
Lafon, St-Soulle.
Laurent, La Rochelle.
Lecart, La Rochelle.
Mailhetard, Saintes.
Marchand, Aulnay.
Mériot, Tesson.
Mesnards (Des), Saintes.
Moreau, La Rochelle.
Neveur, St-Martin-de-Ré.
Ollier, Ballans.
Oui, Ciré-d'Aunis.
Pichez, La Rochelle.
Pineau, Château d'Oléron.
Primet, Loulay.
Purrey, St-Xandre.
Rejou, Pons.
Reignier, Surgères.
Rigaud, Pons.
Rogée, St-Jean-d'Angély.
Roux, La Jarrie.
Salles, Aulnay-de-Saintonge.
Salmon, Royan.
Schmutz, Tonnay-Boutonne.

CHER.

Babillot, Bourges.
Baux, Châteauneuf-sur-Cher.
Bonnet, Lignières.
Bonnichon, St-Amand.
Boudet, Uzerche.
Castay, Henrichemont.
Combaud, Sancerre.
Coulon, St-Amand.
Courrèges, Les Aix-d'Angillon.
Courtault, Ourouër-les-Bourdelins.
Debrade, Sancoins.

MM.
Decencière, Sancergues.
Demouch, Jars.
Deroin, Veaugues.
Dessois, St-Amand.
Durand, St-Martin-d'Auxigny.
Gailhard, Graçay.
Gorski, Culan.
Gressin, Aubigny-sur-Nère.
Guillot, Châteaumeillant.
Hervier, Vierzon.
Imbert, Bourges.
Ladevèze, St-Florent.
Longuet, Bourges.
Mérant, Mehun-sur-Yèvre.
Mourier, Beaugy.
Perrussault, Henrichemont.
Petitfils, Vierzon.
Ravier, Savigny-en-Sancerre.
Saux, Sancoins.
Témoin, Nérondes.
Valude, Vierzon.
Verneuil, St-Amand.
Vigouroux, Dun-le-Roi.

CORRÈZE.

Bardon, Objat.
Calary, Neuvie.
Chiniat, Vigeois.
Debord, Lubersac.
Dellestable, Neuvie.
Fleyssac, Treignac.
Fougeyron, Tulle.
Giroux, Bugeot.
Goudounèche, Ussel.
Longy, Eygurande.
Masmonteil, Treignac.
Masson (De), Liginiac.
Mettas, Chamberet.
Monglond, Sornac.
Moulin, Argentat.
Pasquet, Uzerche.
Uminski, Seilhac.

CORSE.

Albertini, Cátifao.
Albertini, Pino.
Benielly, Castelluccio.
Berlingeri, Bastia.
Casabianca, Sollacaro.
Casanova, Corté.
Cristofani, Orezza.
Durazzo, Centuri.
Emanuelli, Calvi.
Filippi, Felicito.
Guidoni, l'Isle-Rousse.
Guistiniani, Ajaccio.
Massiani, Novella.
Multedo, Vico.
Venturini, Urtaca.

COTE-D'OR.

Bazenet, Savigny-les-Beaune.
Bertin, Dijon.
Bloch, Auxonne.
Blondeau, Seurre.
Bourgeot, Arc-sur-Till.
Bourgeot, Pontaillier-sur-Saône

MM.
Boutequoy, Châtillon-sur-Seine.
César, Dijon.
Courtois, Soulieu.
Damée, Mirabeau-sur-Bèze.
Deroy, Dijon.
Favet, Baire-le-Châtel.
Fontagny, Dijon.
Gagey, Pouilly-en-Auxois.
Gonthier, St-Seure-l'Abbaye.
Guéneau, Nolay.
Guénot, La Roche-en-Breuil.
Henry, Recey-sur-Ource.
Hospital, Bèze.
Kleczkowski, Epoisses.
Lallemant, Norges.
Laporte, Aignay-le-Duc.
Lejeune, Meursault.
Lhuillier, Santenay.
Mignard, Fontaine-Française.
Mouchot, Commarin.
Patey, St-Seine-sur-Vingeanne.
Pagcot, Precy-sur-Till.
Petit, Montbard.
Seguin, Châteauneuf.
Sulot, Vanvey.
Talbert, Ladoix.
Viard, Châtillon-sur-Seine.
Weil, Dijon.

COTES-DU-NORD.

Barbé Guillard, Dinan.
Basset, Lanvollon.
Baudet, Caulnes.
Bedel, Lamballe.
Bodros, Guimgamp.
Codet, Lamballe.
Corson, Guingamp.
Faisnel, Brôons.
Feillet, Yffiniac.
Fichou, Erquy-les-Bains.
Frouin, St-Nicolas-du-Pelem.
Guibert, St-Brieuc.
Landouar, Plancoët.
Laurent, Brôons.
Le Chapelain, Plouhat.
Lefeuvrier, Merdrignac.
Legault, Brôons.
Le Marchand, Loudéac.
Le Mat, Begard.
Le Voyer, Binic.
Lostic de Kerhor, Belle-Isle-en-Terre.
Ollivier, Dinan.
Rabasté, Jugon.
Remignard, Piernet.
Robin, Loudéac.

CREUSE.

Bontemps, St-Sulpice-les-Champs.
Both, Jarnages.
Bouyer, St-Pierre-de-Fursac.
Butaud, Bourganeuf.
Byasson, Guéret.
Caillaud, St-Vaury.
Cazy, Evaux.
Champeaux, Felletin.
Concaix, Felletin.
Descottes, Benévent-l'Abbaye.

MM.
Dutheil, Vallière.
Gaillard, Bourganeuf.
Richard, Auzances.
Treille, Lavaveix-les-Mines.

DORDOGNE.

Barbancey, Montpont-sur-l'Isle.
Blanc, la Bachellerie.
Boissarié, Sarlat.
Boisseuil, St-Astier.
Bonithon, Nontron.
Borros, Sigoulès.
Calvet, Belvès.
Chayron, Villefranche-de-Longchapt.
Denoix, La Garnerie-de-Beleymas.
Destord, Siorac.
Dugau, Bergerac.
Dumas, Montpont.
Dumogier, Bergerac.
Gaillardon, Château-de-Lamollée.
Galtier, St-Agnan-d'Hautefort.
Guillaumon, Saint-Laurent-des-Hommes.
Jaubert, Périgueux.
Labrousse (De), Mussidan.
Lacombe (2107), Périgueux.
Lacombe (3048), Périgueux.
Lamonnerie, Bussière-Badil.
Laroche, Montignac-sur-Vezère.
Lombard, Terrasson.
Malivert, Beaumont-du-Périgord.
Moty-Labarthe, La Roche-Chalais.
Ollivier, La Roche-Chalais.
Palisse, Ste-Foy-de Belvès.
Pialoux, St-Méard-de Gurçon.
Quervi, Badefol-d'Ans.
Rabaud, Excideuil.
Reglade, Villefranche-de-Longchapt.
Rioms, Eymet.
Rolland, La Force.
Viault, St-Aulaye.
Vidal, Mussidan.

DOUBS.

Berthelot, Pontarlier.
Bütterlin, Beaume-les-Dames.
Gainet, Pont-de-Roide.
Girod, Pontarlier.
Houdard, Pontarlier.
Legerot, Fourg.
Lepagnole, St-Fargeux-Besançon.
Lorber, Fesches-le-Châtel.
Maréchal, Quingey.
Mathez, Mouthiers-Hte-Pierre.
Metras, Vuillafans.
Roy, Besançon.
Toubin, Besançon.
Tournier, Mouthe.

DROME.

Aubert, Loriol.
Barbaste, Romans.
Barralis, Grand'Serre.
Benoist du Martouret, Die.
Benoit, Dieulefit.

MM.
Bernard, Buis-les-Baronnies.
Biscanat, Toulignan.
Brémont, Crest.
Chalamet, Loriol.
Chalvet, Crest.
Courbis, Valence.
Coze, Valence.
Deville, Montélimart.
Dufour, St-Vallier.
Evesque, La Motte-Chalençon.
Facchella, Anneyron.
Gazet, Tain.
Laurens, Nyons.
Magnan, Die.
Magnan, Luc-en Diois.
Maurin, Crest.
Paugon, St-Vallier.
Rattier, Valence.
Tortel, Nyons.
Tournaire, Tain.
Vaissette, Nyons.
Voulet, Crest.

EURE.

Avenel, Gisors.
Bellencontre, Drucourt.
Beuzelin, Amfreville-la-Campagne.
Bidault, Evreux.
Bigourdan, Brionne.
Blin, Bernay.
Brière, Breteuil.
Bougarel, Ferrière-sur-Risle.
Carcopino, Verneuil.
Carnus, Louviers.
Courand, Damville.
Delamare, Bourgachard.
Destay, Nonancourt.
Devoisins, Breteuil.
Ducosté, Brionne.
Feugère, St-André.
Gatine, La Barre.
Gouas, Thiberville.
Halbout, Giverville.
Herbert, Tillières.
Isambard, Pacy-sur-Eure.
Jagu, Gisors.
Langlois, Ecouis.
Lemariey, Pont-Audemer.
Lesueur, Bernay.
Lhomme, Beaumesnil.
Martelli, Rugles.
Martin, Conches-en-Ouche.
Martin-Fortris, Verneuil.
Napieralski, Pont-Audemer.
Pasquier, Evreux.
Petel, Louviers.
Planel, Beaumont-le-Roger.
Poussin, Le Neubourg.
Puistienne, Chennebrun.
Quesney, Quillebœuf.
Rebulet, Bourgtheroulde.
Regimbard, Evreux.
Sainelle, Bernay.
Thomas, Rugle.
Vialle, Beuzeville.
Viard, Beaumont-le-Roger.
Vico, Etrepagny.
Wathier, Lyons-la-Forêt.

EURE-ET-LOIR.

MM.
Aubry, Prunay-le-Gillon.
Bressot, Dreux.
Carlier, Thiron-Gardais
Chauveau, Courtalain.
Crouzet, Epernon.
Coudray, Nogent-le-Rotrou.
Denis, Dreux
Desplantes, Nogent-le-Rotrou.
Filleul, Senonches.
Fleury, Cloyes.
Fleury, Brezolles.
Foisy, Chateaudun.
Gierzynski, Ouarville.
Guillaumin, Nogent-le-Roi.
Guimberteau, Arron.
Hamel, Nogent-le-Rotrou.
Hiblot, Chateaudun.
Lacoste, Senonches.
Larrieu, Bonneval.
Lebel (de), Janville.
Leviste, Dreux.
Mallet, Anet.
Molinier, Dreux.
Picard, Cloyes.
Rabourdin, Voves.
Sabaros, Courville.
Sereins, Ymonville.
Souplet, Nogent-le-Rotrou.
Taillefer, Châteauneuf-en-Thimerais.

FINISTÈRE.

Alavoine, Landerneau.
Baley, Châteaulin.
Baude, Brest.
Bergot, Lesneven.
Bizien, Douarnenez.
Chalmet, Landerneau.
Chauvel, Quimper.
Cosmao-Dumenez, Pont-l'Abbé-Lambour.
Deschamps, Lesneven.
Guennoe, Sizun.
Guyader, Brest.
Le Gris, Morlaix.
Le Moaligon, Quimperlé.
Levot, Plabennec.
Loupy, Saint-Renan.
Maréchal, Brest.
Marion, Brest.
Mesguen, Lesneven.
Miorcec, Brest.
Morvan, Lamillis.
Pethiot, Le Conquet.
Plainfossé, Ploudalmezean.
Prat, Lanildut.
Quintin, Morlaix.
Reynaud, Brest.
Rousseau, Brest.
Rousseau, Pont-l'Abbé-Lambour.

GARD.

Auzilhon, Tuissac.
Arnaud, La Josse.
Auquier, Sommières.
Autard, Bellegarde.

MM.
Beau, Sumène.
Bentkowski, Saint-Jean-du-Gard.
Blanc, Anduze.
Blanc, Uzès.
Bourguet, Sommières.
Bourras, Pompignon.
Caisselet, Manduel.
Cambassèdes, De Vigan.
Carrière, St-André-de-Valborgné.
Cassan, Nîmes.
Cauvy, Nîmes.
Chevallier, Alais.
Garnier, Sumène.
Corniquet-du-Bodon, Villeneuve-les-Avignon.
Correnson, Nîmes.
Courrejou, Aimargues.
Decosse, Nîmes.
Demorey-Dellètre, Sauvé.
Ducros, Lassalle.
Ebrard, Nîmes.
Dumény, Nîmes.
Fabre, La Grand'Combe.
Fabreguettes, Nîmes.
Farel, Calvisson.
Gaillard, Bessèges.
Gilly, Fons.
Giorgi, Marguerittes.
Guigou, Vauvert.
Liron, Nîmes.
Luszczkiewicz, Nîmes.
Margarot, Uchaud.
Marquis, Vezenobres.
Mazel, Anduze.
Mazel, Nîmes.
Merle, Nîmes.
Monnier, Aigues-Mortes.
Mourgues, Lassalle.
Mourgue-Tur, Nîmes.
Nicolas-Barraqué, Nîmes.
Péria, Génerac.
Perrier, Vallerangue.
Philippot, La Grand'Combe.
Picheral, Nîmes.
Pleindroux, Nîmes.
Pollon, Uzès.
Raizon, Saint-Gilles.
Ranc urel, Uzès.
Raynal, Vergèze.
Reynaud, Nîmes.
Sagnier, Grand'Combe.
Teissonnière, Saint-Hippolyte-du-Fort.
Vial, Pont-Saint-Esprit.

GARONNE (Haute).

André, Toulouse.
Audigier, Toulouse.
Azéma, Alan.
Bordères, Montrejeau.
Bouisson, Toulouse.
Bouthier, Toulouse.
Brun, Toulouse.
Candelon, Toulouse.
Carles, Auterive.
Castex, La Broquère.
Castex, Montréjeau.
Dandibertières Toulouse.
O'Dannovan, Toulouse.

MM.
Dop, Toulouse
Dupeau, Toulouse.
Espagnat, Venerque.
Esparbès, Toulouse.
Ferras, Bagnères-de-Luchon.
Foch, Grenade-sur-Garonne.
Fontagnères, Toulouse.
Fort, Carbonne.
Gard, Toulouse.
Gendre, Toulouse.
Gisearo, Toulouse.
Halsey, Toulouse.
Jeannel, Toulouse.
Jougla, Toulouse.
Lagarrigue, Revel.
Larrieu, Toulouse.
Loupiac, Bourg-Saint-Bernard.
Meric, Saint-Sulpice-sur-Lèze.
Merlin, Toulouse.
Pelous, Castanet.
Peyronnet, Toulouse.
Puntous, Toulouse.
Regi, Toulouse.
Rességuet, Toulouse.
Rey, Toulouse.
Sebastian, Toulouse.
Zigliara, Toulouse.

GERS.

Betous, Nogaro.
Bourdeaux, Fleurance.
Bourdère, Vic-Fezensac.
Cabiran, Seissan.
Cénac, Lombez.
Darné, Tournecoupe.
Dartigue, Simorre.
Destival, Miradoux.
Dieuzaide, Lectoure.
Donat, Sarragachies.
Dubarry, Condom.
Fontan, Vic-Fezensac.
Jegun, Gondrin.
Lagardère, Castelno-d'Auzan.
Miran, Lectoure.
Molas, Auch.
Mothe, Montfort-du-Gers.
Mouche, Saramon.
Saint-Arroman (De), Masseube.
Salle-Estradère, Condom.
Samalens, Auch.
Tujague, Sarraguzon.
Verdier, Auch.
Vignaux, Mauvezin.
Vignes, Mielan.

GIRONDE.

Allais, Bordeaux.
Amanieu, Macau.
Andouin, Bordeaux.
Barat-Dulaurier, Saint-Antoine-sur-l'Isle.
Barbeyron, Castillon.
Bechade, Saint-Macaire.
Bénac, Cadanjac.
Bertrand, Lamothe-Landerron.
Boisson, Tizac-de-Galgon.
Bonnefon, Cadillac-sur-Garonne.
Bonnefoy, Langon.

MM.
Boob, Leognan.
Bossuet, Margaux.
Boursier, Bordeaux.
Boy-Junior, Gensac.
Brethenoux, Cadillac-sur-Garonne.
Brousse, Saint-Estèphe.
Bucherie (De), Franc.
Busquet, Cadillac-sur-Garonne.
Buty, Sainte-Foy-la-Grande.
G. de Cassagnac, Guitres.
Castaigna, Bordeaux.
Castera, Portets.
Caussade, Saint-Médard-de-Guizières.
Cazaban, Le Barp.
Cazaux, Langoiran.
Chabrely, Bordeaux.
Charron, Saint-André-de-Cubzac.
Chatard, Bordeaux.
Chavoix, Bordeaux.
Chollet, Mestterieux.
Coignet, Bordeaux.
Coriveau, Blaye.
Couillard-Labounote, St-Macaire.
Creuzan, Florac.
Dabadie, Bordeaux.
Dallidet, Bordeaux.
Delmas, Bordeaux.
Deluze, Coutras.
Dexant, Ambarès.
Deynaud, Pellegrue.
Domec, Arbis.
Ducau, Illats.
Ducros, La Réole.
Dunau, Etaulliers.
Dupeux, Bordeaux.
Dupeyrat, Bayon.
Dupin, Bordeaux.
Duprada, La Réole.
Durand, Verdon.
Duteuil, Libourne.
Eymery, St-Aignan.
Eyquem, St-Médard-en-Jalle.
Fage, Ambarès.
Fage, St-Germain-du-Puch.
Fauchey, St-Vivien.
Felletin, Izon.
Gallé, Bordeaux.
Gaultier, Les Leves.
Gautier, Bordeaux.
Gilles, Préchac.
Gorry, St-Laurent-Médoc.
Gourdon, Cauderan.
Grimaulet, Libourne.
Guignard, Guîtres.
Guilhembet, Bordeaux.
Gyoux, Bordeaux.
Hosteing, St-Germain-d'Esteuil.
Issartier, Monségur.
Lacourtiade, Blaye.
Lafforgue, Latresne.
Lafitte, Coutras.
Lagnent, Castillon.
Lagoanère (de), St-Foy-la-Grande.
Lande, Bordeaux.
Landreau, Bordeaux.
Lapeyronnie, Bordeaux.
Lartigue, Begaudan.
Lasalle, Lormont
Laveau, St-Macaire.

MM.
Laylavoix, Lamarque.
Le Jemble, Arcachon.
Lenourichel, Lesparre.
Lestage, Grandignan.
Letessier, Lormont.
Lugeol, Bordeaux.
Machenaud, Bordeaux.
Martin, Macau.
Martin, Bordeaux.
Martin, St-Denis-de-Pile.
Méchain, Bordeaux.
Mesnard, Bordeaux.
Mialaret, Bassens.
Mialaret, St-André-de-Cubzac.
Moure, Eysines.
Nioucel, Bordeaux.
Page, Bordeaux.
Pan, Ste-Croix-du-Mont.
Pastureau, Monségur.
Peyraud, Libourne.
Peyre, Bordeaux.
Phelipeau, Lussac.
Pitre, Bordeaux.
Poumier, Castillon.
Rabaine, Marcillac.
Rabaine, St-Denis-de-Pile.
Rabère, Pauillac.
Rafaillac, Margaux.
Rigaud, Ludon.
Rogé, Guîtres.
Rouges, St-Loubès.
Roumieu, Bazas.
Roux, St-Gervais.
Saint-Arroman (De), St-Médard-en-Jalle.
Sebileau, Blaye.
Seguin, Cézac.
Sisteray, Bordeaux.
Soulès, Cambès.
Teyssandier, Lugon.
Tronche, Lesparre.
Tronche, La Réole.
Verdalle, Bordeaux.

HÉRAULT.

Alquier, Le Canet.
Balestrié, Olargues.
Belugou, Montpellier.
Benoit, St-Pons.
Bourguet (Du), Béziers.
Cauvy, Béziers.
Cavaillé, Béziers.
Chabardès, Béziers.
Cros, Lamalou-le-Bas.
Combescure, Pomerols.
Coulet, St-Pargoire.
Daube, Roujan.
Despetis, Les Yeuzes.
Donadieu, Bédarrieux.
Ducloux, Cette.
Dumas, Cette.
Durand, Marseillan.
Fabre, St-Pons.
Fabregues, Lodève.
Galtier, Ganges.
Gavaudan, Bédarrieux.
Gavaudan, Vias.
Guichot, Lodève.
Hortolé, Montpellier.

MM.
Jacquemet, Montpellier.
Lavit, Cessenon.
Levère, Béziers.
Lugagne, Octon.
Marignan, Marsillargues.
Martin, Bessan.
Moulin, Florensac.
Moustelon, Montpeyroux.
Nines, Ganges.
Nougarède, Béziers.
Phalippon, Lodève.
Pons, Creusy.
Poujade, Béziers.
Refregé, Lodève.
Régimbeaud, Montpellier.
Reul, Bessan.
Roger, Agde.
Rouquette, Lodève.
Rouveyrolis, Aniane.
Saissels, Ceilhet.
Sarda, Montpellier.
Saussol, Montpellier.
Sicard, Béziers.
Surdun, Montpellier.
Taillefer, Capestang.
Théron, Capestang.
Vedel, Lunel.
Viguier, Lunel.
Vincent, St-André-de-Sangonis.
Villebrun, Capestang.
Villebrun, St-Chinian.

ILLE-ET-VILAINE.

Aubrée, Le Tremblay.
Aubrée, St-Lunaire.
Bernard, Dinard.
Bertrand, St-Servan.
Bossard, Véru.
Bouchard, Vitré.
Brichet, Dol.
Caron, St-Servan.
Charpentier, Melenc.
Clolus, Pleine-Fougères.
Cuisinier, Rennes.
Dousset, La Guerche.
Ernoul, St-Malo.
Ferrand, St-Malo.
Frohard, Caueale.
Gascon, Redon.
Gilbert, Argentré-du-Plessis.
Gralland, Dingé.
Granvallé, Rennes.
Hamon, Rennes.
Herveou, Rennes.
Herveou, Vitré.
Heurtault, St Servan.
Jamet, Châteauneuf-de-Bretagne.
Joubert, St-Domineuc.
Labbé, St-Servan.
Le Covec, Dinard.
Lejamptel, Dol.
Leroy, La Boussac.
Lhotellier, La Richardais-en-Heurtuit.
Marquis, Becherel.
Martel, St-Malo.
Mathieu, Rennes.
Neveu, Becherel.
Nicolas, Pleurtuit.

MM.
Peynaud, St-Malo.
Robert, Dol-de-Bretagne.
Roger, Hedé.
Rolland, Tinteniac.
Ronsin, Paramé.
Sorre, St-Malo.
Villartay, Vitré.

INDRE.

Augé, Reuilly.
Bonneuil, Martizay.
Chassagne, St-Gaultier.
Delacour, La Châtre.
Dony, Cluis.
Dupouy, Villedieu.
Jourdain, Aigurande.
Jugand, Issoudun.
Rondeau, Aigurande.
Simon, Issoudun.
Veron, Issoudun.

INDRE-ET-LOIRE.

Archambault, Savigné-sur-Lathan
Berry, Langeais.
Bonamy, Ligueil.
Boureau, Loches.
Bourgougnon, Tours.
Boutier, Loches.
Caillet, Luynes.
Caternault, Tours.
Chaumier, Bléré.
Chaumier, Grand-Pressigny.
Colman-St-Branelis.
Cornoy, Château-Lavallière.
Delavente, Rivarennes.
Deschands, l'Ile-Bouchard.
Durand, Freuilly.
Frouslin, Restigné.
Gaudeau, La Haye-Descartes.
Gaultier, Azay-sur-Cher.
Guéreult-Crozat, Tours.
Huret, Veretz.
Joire, Ste-Radegonde.
Lefèvre, Tours.
Lemarié, Ballan.
Maguin, Sonzay.
Mangell (De), Gizeux.
Mattraits, Chinon.
Menier, Tours.
Orillard, Richelieu.
Petiau, Château-Renault.
Pomel, Joué-les-Tours.
Pousset, St-Avertin.
Renaud, Loches.
Roux, Chinon.
Sainton, Chinon.
Sainton, Tours.
Salutrynski, Genillé.
Sautarel, Azay-le-Rideau.
Segard, Thilouze.
Schoofs, Tours.
Soubie, Cormery.
Thibault, St-Flovier.

ISÈRE.

Badin, Vienne.
Barral, Tullins.

MM.
Bellissime, Albenc.
Bergeret, La Motte-d'Aveillans.
Biechy, Sassenage.
Boucher, Voiron.
Brottet, Vienne.
Brun-Buisson, Voiron.
Burtin, Cremieu.
Cénas, Meyzieu.
Clerc, Cremieu.
Coche, Rives.
Courjon, Meyzieu.
Dumarest, Voiron.
Faure, Vienne.
Figuet, Beaurepaire.
Fouilloud-Buyat, Saint-Geoire.
Fugier, Moirans.
Gayme, Grenoble.
Greffier, Grenoble.
Grenouiller, Vienne.
Guédel, Grenoble.
Jamme, Saint-Laurent-du-Pont.
Juventin, Beaurepaire.
Lafaye, Vienne.
Maire, Le Péage.
Michel, Pont-de-Cherny.
Morand, Péage-de-Roussillon.
Nicolas, Grenoble.
Passano, Bourg-d'Oisans.
Perrichon, Vienne.
Pontet, Rives.
Raymond, Saint-Priest.
Rey, Jarcieu.
Rouvier, Voiron.
Sarret, Goncelin.
Senebier, Mens.

JURA.

Bouchard, Dôle.
Bourny, Salins.
Briot, Chaussin.
Carrez, Morez.
Compagnon, Salins.
Germain, Salins.
Ligier, Belvoye.
Reybert, Saint-Claude.

LANDES.

Barthe-de-Sandforth, Dax.
Dibos, La Bastide-d'Armagnac.
Dupuy, Roquefort.
Lacombe, Gabarret.
Marès, Moustey.
Sentex, Saint-Sever.

LOIRE.

Aloin, Saint-Étienne.
Aulas, Roche-la-Molière.
Barbat, Charlieu.
Barnay, Roanne.
Beraud, Charlieu.
Bertrand, Noirétable.
Bertrand, Roanne.
Bonnière, Cervières.
Cénas, Saint-Etienne.
Convers, Saint-Etienne.
Dagaud, Bourg-d'Argental.
Durand, Saint-Chamond.
Fabreguettes, Saint-Chamond.

MM.
Faure-Favier, Firminy.
Fleury, Saint-Etienne.
Gidon, Néronde.
Girin, Montbrison.
Goure, Ambierle.
Humbert, Doizieu.
Jayet, Saint-Paul-en-Jarret.
Juillet, Saint-Martin-d'Estreaux
Levêque, Boën.
Moulin, Bourg-Argental.
Reynaud, Saint-Etienne.
Waton, Terre-Noire.

LOIRE (Haute-).

Allirol, Le Puy.
Badoz, Brioude.
Chantelauze, La Chaise-Dieu.
Civet, Langeac.
Devin, Brioude.
Domas, Auzon.
Fabre, Le Puy.
Gallice, Langeac.
Gervais, Sangues.
Guelle, Allègre.
Michel, Yssengeaux.
Noir, Brioude.
Olivier, Champagnac-le-Vieux.
Pissis, Brioude.
Porte, Brioude.
Pouget, Brioude.
Tallandier, Berbezit.
Vidal, Paulhaguet.

LOIRET.

Augé, Pithiviers.
Augé fils, Pithiviers.
Baranger, Orléans.
Beaurieux, Orléans.
Billoux, Cepoy.
Boitard, Boynes.
Boyer, Lorris.
Brucy, Gien.
Brunet, Châteauneuf-sur-Loire.
Cazaux, Aschères.
Chaboureau, Chatillon-sur-Loire.
Chaufton, Olivet.
Chipault, Orléans.
Delaucamberge, Gien.
Denance, Varennes-aux-Loges.
Dubain, Beaugency.
Fougeu, Beaugency.
Fouqueau, Boynes.
Gassot, Chevilly.
Gassot fils, Chevilly.
Gislain (de), Montargis.
Halma-Grand, Orléans.
Halma-Grand, Orléans.
Henriot, Montargis.
Huette, Montargis.
Jarry, Boiscommun.
Lahout, Artenay.
Lambry, Courtenay.
Le Maure, Beaune-la-Rolande.
Lubet-Barbon, Orléans.
Mare, Nogent-sur-Vernisson.
Martin, Jargeau.
Mathé, La Ferté-Saint-Aubin.
Mercier, Montargis.

MM.
Meunier, Puiseaux.
Monvel (de), Briare.
Mora, Bazoches.
Musson, Orléans.
Naïs, Sermaise.
Pelissier, Neuville-aux-Bois.
Penot, Malesherbes.
Poirier, Château-Renard.
Popis, Chécy.
Robineau, Tigy.
Rocher, Orléans.
Rousseau, Campagne-de-Cernoy.
Schaeffer, Chuelles.
Sedillot, Ladon.
Tartarin, Bellegarde.
Veillard, Lorris.
Vénot, Chaingy.

LOIR-ET-CHER.

Alliot, Neung-Saint-Beuvron.
Baudron, Ouzoër-le-Marché.
Berthelot, Verdes.
Bois, Montrichard.
Komorowski (de), Mondoubleau.
Marie, Saint-Aignan.
Moriee, Blois.
Picard, Selles-sur-Cher.
Rocher, Droué.
Veiron, Ouzouër-le-Marché.

LOIRE-INFÉRIEURE.

Aubry, Cambon.
Barbin, Montoir-de-Bretagne.
Barré, Bourgneuf-en-Retz.
Benoist, Saint-Nazaire.
Berruyer, Nantes.
Bertin. Nantes.
Blin, Château-Thébaut.
Bossis, Nantes.
Boudet, Saint-Nazaire.
Boutin, Clisson.
Buët, Montbert.
Caillet, Montoir.
Cailleteau, Saint-Philbert-de-Grandlieu.
Chaillou, Legé.
Chantereau, Saint-Etienne-du-Mont-Luc.
Châtellier, St-Vincent-des-Landes.
Chauvin, Derval.
Deausse, Pont-Saint-Martin.
Dehillotte, Basse-Indre.
Doussain, Clisson.
Dugast, Aigrefeuille.
Fleury, Sainte-Pazanne.
Franco, Machecoul.
Frangeul, Varades.
Gemin, Châteaubriand.
Gérard, Savenay.
Gonichon, Monnières.
Gouin, Viellevigne.
Gonin, Légé.
Gourrand, Nantes.
Grimaud, Nantes.
Guiberteau, St-Jean-de-Corcué.
Guihal, La-Chapelle-Basse-Mer.
Guyonnet, Nozay.
Harel, Saint-Nazaire.

MM.
Hervochon, Châteaubriand.
Hervoüet, La Chapelle-sur-Erdre.
Huet. Basse-Indre.
Joüon, Nantes.
Jubineau, Bourgneuf-en-Retz.
Lacambre, Nantes.
Lecerf, Saint-Julien-de-Coucelles.
Ledieu, Vallet.
Leray, Nozay.
Luneau, Nantes.
Monnier, Nozay.
Morel, Saint-Mars-la-Jaille.
Moussier, Nantes.
O'Neill, Bouage.
O'Neill, Port-Saint-Père.
Noblet, Pont-Château.
Pasquereau, La Boissière-du-Doré.
Perrion, Oudon.
Pinel, Pont-Rousseau.
Porson, Nantes.
Saquet, Blain.
Souriee, St-Etienne-du-Mont-Luc.
Tremoureux, Nort.
Vince, Nantes.

LOT.

Billière, Cazillac.
Daffas, Salviac.
Durieux. Cressensac.
Houradou, Figeac.
Magne, Souillac.
Romec, Cajarc.

LOT-ET-GARONNE.

Andrieu, Agen.
Aubert, Cocumont.
Austruy, Fumel.
Baches, Sos.
Belloc, Agen.
Berguin, Castelmorou.
Bernède, Agen.
Bounel, La Sauvetat-de-Savères.
Cassius, Layrac.
Chambon, Miramont.
Colombey, Miramont.
Constantin, Saint-Barthélemy.
Cordeiro-de-Silva, Lafitte.
Cortès, Agen.
Deleros, Prayssas.
Dudon, Clairac.
Duranthon, Lauzun.
Escande, Layrac.
Gabourin, Meilhan.
Gaulejac (de), Agen.
Guerineau, Pueh.
Jagou, Tonneins.
Larbès (de), Damazou.
Loubière, Port-Sainte-Marie.
Maydieu, Saint-Sylvestre.
Olivier, Lévignac-de-Seyches.
Richard, Saint-Nicolas.
Rouy, Agen.
Samoudes, Gontaud.
Verdo, Marmande.
Vinsonneau, Seyches.

LOZÈRE.

MM.
Barradon, Mende.
Bourrillon, Mende.

MAINE-ET-LOIRE.

Assier, Longué.
Bertreux, Geslé.
Bichon, Angers.
Boell, Baugé.
Bory, Jallais.
Brecard, Angers.
Cady, Torfou.
Cespré, Saint-Georges-sur-Loire.
Chailloux, Longué.
Chardonneau, Longué.
Chevalier, Baugé.
Chevallier, Beaufort.
Coignard, Cholet.
Coméra, Corné.
Cosnard, Noyan.
Couëtoux, Beaupréau.
Coulbault, Cholet.
Coutand, Saumur.
Dixneuf, Trementines.
Duhourceau, Angers.
Dupont, Le Louroux-Beconnais.
Fiévé, Jallais.
France (de), Champtoceaux.
Fouquet, Beeon.
Garreau, Montfaucon.
Geslin, Beaufort-en-Vallée.
Goubault, Champtocé.
Laulaigne, Rochefort-sur-Loire.
Laumonier, Vernoil-le-Fourrier.
Lavoüer (du), Saumur.
Leeacheur, Angers.
Legludie, Angers.
Lemarié, Touarcé.
Lepage, Saint-Mathurin.
Letheule, Champtocé.
Lochard, Villevêque.
Lussen, La Pommeraye.
Marchand, Durtal.
Matignon, Chemillé.
Menut, Vernoil-le-Fourrier.
Michalowiez, Pareay.
Motais, Angers.
Perrigaut, Vernantes.
Peyssonnié, Angers.
Picard, Morannes-sur-Sarthe.
Rabjeau, Ingrandes.
Ridreau, Baugé.
Rousseau, Cholet.
Rousseau, Liré.
Sigand, Tiercé.
Varailhon, Noyant.
Vasy, Beeon.
Zannellis, Mouliherne.

MANCHE.

Alibert, Saint-Lo.
Dedet, Cherbourg.
Doué, Cherbourg.
Guerquil, Cherbourg.
Guiffart, Cherbourg.
Hautraye, Avranches.
Le Durdinier, Briquebec.
Lemoine, Granville.

MM.
Leture, Saint-Lô.
Malon, Saint-Georges-de-Rouelly.
Ménard, Saint-Vaast-la-Hougue.
Moncoq, Torigny-sur-Vire.
Saint-Lô, La Haye-du-Puits.

MARNE.

Bestignon, Betheniville.
Bompard, Vitry-le-François.
Bourguignon, Ambonnay.
Brébant, Reims.
Choquart, Fleurs.
Claudat, Fismes.
Colin, Châlons-sur-Marne.
Dammiens, Châlons-sur-Marne.
Dunand, Esternay.
Evrard, Epernay.
Faille, Fismes.
Fiselbrand, Reims.
Forfer, Vitry-le-François.
Giraux, Châlons-sur-Marne.
Godard, Fismes.
Grangé, Ay.
Grizou, Châlons-sur-Marne.
Hoël, Reims.
Jeanpierre, Vernancourt.
Laydeker, Avize.
Louis, Reims.
Martin, Vitry-le-François.
Mercier, Pont-Faverger.
Moret, Dormans.
Mougin, Vitry-le-François.
Oudiné (C.), Barbonne-Fayel.
Oudiné (P.), Barbonne-Fayel.
Oudiné, Heiltz-le-Maurupt.
Pellot, Epernay.
Pitoy, Reims.
Plicot, La Fère-Champenoise.
Plouquet, Ay.
Pouilliot, Givry-en-Argonne.
Ravaud, Witry-les-Reims.

MARNE (Haute).

Aluison, Eurville.
Bailly, Langres.
Blanchard, Bologne-sur-Marne.
Bonnefon, Perthes.
Bougard, Bourbonne-les-Bains.
Cersoy, Langres.
Cottenot, Eurville.
Dauvé, Colombey-les-Deux-Eglises
Dauvé, Forcey.
Flammarion, Nogent-le-Roi.
Guédeney, Joinville.
Guillaume, Chaumont.
Mathieu, Wasy.
Mennehand, Villars-Montroyer.
Michel, Bourmont.
Mougeot, Chaumont.
Reverchon, Nogent-le-Roi.
Reynie, Doulaincourt.
Thyébault, Neuilly-l'Evêque.

MAYENNE.

Angot, Laval.
Bertron, Vaiges.
Bosc, Bais.

MM.
Brière, Villiers-Charlemagne.
Combes, Vaiges.
Creuset, La Gravelle.
Fortin, Mesley-du-Maine.
Guérel, Cuillé.
Larue, Laval.
Penelet, Port-Brillet.
Picou, Meslay.
Rivaud, St-Denis-d'Anjou.
Sourdin, Evron.
Steimer, Cossé-le-Vivien.

MEURTHE-et-MOSELLE

Ancelon, Nancy.
Aubry, Lunéville.
Bourot, Nancy.
Carel, Favières.
Chatelain, Nancy.
Chrétien, Rosières-aux-Salines.
Clément, Fraisnes.
Clément, St-Nicolas-du-Port.
Coliez, Longwy.
Coutal, Blenod-lès-Toul.
Cunin, Haroué.
Dard, Custines.
Duprey, St-Nicolas-du-Port.
Freschard, Longwy.
Friot, Nancy.
George, Flavigny-sur-Moselle.
Grandjean, Conflans en-Jarnisy.
Lebert, Colombey-les-Belles.
Levy, Nancy.
Maillard, Pont-à-Mousson.
Maire, Lunéville.
Mangenot, Pont-à-Mousson.
Marchal, St-Nicolas-du-Port.
Maurice, Onville.
Molard, Einville.
Müller, Pont-St-Vincent.
Paté, Rancourt.
Pierron, Pont-à-Mousson.
Romand, Longuyon.
Sognet, Liverdun.
Voinot, Vroncourt.

MEUSE.

Bertrand, Consenvoye.
Brunet, Vigneulles.
Cabasse, Vaucouleurs.
Carles, Clermont-en-Argonne.
Caussin, Ligny-en-Barrois.
Coche, Jametz.
Delavaux, Dieue.
Didion, Nouillompont.
Eugel, Montfaucon-d'Argonne.
François, Tilly.
Japin, Etain.
Lespine, Verdun.
Maillard, Damvillers.
Melcion, Sauvigny.
Neucourt, Verdun.
Parisot, Etain.
Toussaint, Ligny-en-Barrois.
Villard, Verdun.
Weiss, Cousances-aux-Forges.

MORBIHAN.

Audic, Faouët.
Calmette, Belle-Isle-en-Mer.

MM.
Daguillon, Pontivy.
Ecorchard, Muzillac.
Fouquet, Vannes.
Goupil, Ploërmel.
Guillotin, Mauron.
Langlais, Pontivy.
Lecadre, Vannes.
Moisan, Plumelec.
Nouët, Locminé.
Waquet, Lorient.

NIÈVRE.

Billeton, Donzy.
Bogros, Château-Chinon.
Comoy, Decize.
Corté, La Charité.
David, Nevers.
Ferry, Corvel-l'Orgueilleux.
Fichot, Corbigny.
Gandaubert, Montsauche.
Gasztowtt, Nevers.
Gros, Decize.
Jouanin, Moulins-Engilbert.
Jourdan, Nevers.
Juventy, Entrains-sur-Nohain.
Laurent, Cosne.
Lemoine, Château-Chinon.
Maydieu, Cosne.
Mignot, Pougues-les-Eaux.
Odin, St-Honoré-les-Bains.
Paillard, Corbigny.
Poingt, Donzy.
Ramage, St-Pierre-le-Moutier.
Rayon, Entrains.
Rousset, Donzy.
Suryot, Entrains.
Thomas, St-Amand-en-Puisaye.
Valois, Cosne.

NORD.

Alliot, Hellemmes-Lille.
Augier, Lille.
Autier, Maubeuge.
Banteignie, Berlaimont.
Barbry, Watrelos.
Bart, Steenbecque.
Bathiat, Seclin.
Baude, Douai.
Baudry, Lille.
Bels, Bailleuil.
Bernard, Roubaix.
Bouely, Cambrai.
Bourgogne, Lille.
Boutry, Lille.
Brabant, Somain.
Brunet, Tourcoing.
Butruille, Roubaix.
Caffeau, Aniche.
Camus, Le Cateau.
Carette, Tourcoing.
Caron, St-Maurice-lès-Lilles.
Cathelotte, Berlaimont.
Cauchy, Bousies.
Chabert (De), Roubaix.
Champenois, Madeleine-lès-Lille.
Chatain, Lille.
Chotain, Lille.
Cochet, Lille.

MM.
Culot, Maubeuge.
Culot, Solre-le-Château.
Decanter, Bœschepe.
Decool, Hazebrouck.
Defouilloz, L'Ecluse.
Degroote, Cæstre.
Degroote, Steenvoorde.
Delafaye, Denain.
Delannoy, Hautmont.
Delassus, Lille.
Delbecq, Estaires.
Delbecq, Linselles.
Delcambre, Landrecies.
Delespierre, Bondues.
Demon, Lille.
Denys, Steenvoorde.
Derode, Fives-Lille.
Descouvelaires, Hazebrouck.
Desmon, Lille.
Desplats, Lille.
Dewyn, Tourcoing.
Dhaine, Lille.
Dieu, Dunkerque.
Dransard, Somain.
Dron, Tourcoing.
Druon, Lille.
Dubar, Armentières.
Dubiau, Armentières.
Dubois, Fives-Lille.
Dubuisset, Ronchin.
Dujardin, Armentières.
Dupont, Tourcoing.
Duprez, Estaires.
Duriez, Armentières.
Eustache, Lille.
Foucant, Lomme.
Freydier, Cassel.
Galissot, Roncq.
Ghisgand, Anzin.
Ghisgand, Valenciennes.
Gœthals, Rosendaël.
Gorez, Lille.
Gouell, Lille.
Gras, Warhem.
Guermonprez, Lille.
Henry, Lille.
Honnart, Lille.
Labanhie, Lille.
Lambilliotte, Douai.
Lambilliotte, Hellemmes-les-Lille.
Lambin, Lille.
Lartisien Denain.
Lavrand, Lille.
Le Bar, Landrecies.
Legrand, La Bassée.
Lemaitre, Renescure.
Lepoutre, Roubaix.
Lingrand, Lille.
Lober, Lille.
Mahieu, Tourcoing.
Manouvriez, Valenciennes.
Martin, Cousobre.
Martin, Somain.
Mary, Cartignies.
Meurisse, Cysoing.
Milliez, Armentières.
Mouronval, Avesnes.
Noquet, Lille.
Ozil, Lille.
Philippart, Roubaix.

MM.
Pollet, Douai.
Poupart, Saint-Sylvestre-Capel.
Pruvost, Loos.
Raynal, Lille.
Redier, Lille.
Reumaux, Dunkerque.
Reumaux, Staple.
Rey, Lille.
Riche, Jeumont.
Richez, Auby.
Richez, Lille.
Robillard, Lille.
Ronneaux, Cambrai.
Rossigneux, Neuvilly.
Rousseau, Merville.
Samson, Hazebrouck.
Smagghe, Hazebrouck.
Staës (1470), Camphin-en-Pevèle.
Staës (2467), Camphin-en-Pevèle.
Thellier, Nieppe.
Traill, Lille.
Vaille, Englefontaine.
Vandamme, Aniche.
Van Peteghem, Lille.
Wagnier, Condé.
Wautiez, Rumilly.
Wartel, Lille.
Watelle, Douai.
Wertheimer, Lille.

OISE.

Aubé, Parc-aux-Dames.
Bauchy, Francastel.
Blond, Saint-Aubin-en-Bray.
Bourgeois, Auneuil.
Brossard, Grandvilliers.
Callias, Pont-Sainte-Maxence.
Chevallier, Compiègne.
Chocus, Attichy.
Chopinet, Crépy-en-Valois.
Clochepin, Tracy-le-Mont.
Connétable, Pierrefonds.
Delouard, Béthisy-Saint-Pierre.
Demmler, Saint-Leu-d'Esserent.
Duhamel, Villembray.
Dupuis, Beauvais.
Dureau, Senlis.
Fourrier, Compiègne.
Garet, Conchy-les-Pots.
Gauron, Pont-Sainte-Maxence.
Gérard, Beauvais.
Glaezel, Betz.
Jacquot, Montataire.
Joly, Clermont.
Laverneau, Orry-la-Ville.
Leclercq, Margny-les-Compiègne.
Leclercq, Ressons-sur-Matz.
Legrand, Sainte-Geneviève.
Lemaire, Compiègne.
Lemembre, Songeons.
Leméré, Breteuil-sur-Noye.
Leroy, Noyon.
Lesage, Beauvais.
Lesguillons, Compiègne.
Le Vaillant, Beauvais.
Levasseur, Grillon.
Maricourt, Verberie.
Maurat, Chantilly.
Milet, Noyon.

MM.
Millet, Crépy-en-Valois.
Miomandre, Neuilly-en-Thelle.
Moussette, Noyon.
Netelet, Betz.
Pargoire, Liancourt.
Pauthier, Senlis.
Pisson, Crèvecœur.
Quest, Saint-Just.
Rochefort, Lassigny.
Roisin, Crèvecœur.
Roustan père, Creil.
Roustan, Creil.
Sahuet, Maignelay.
Saint-Aubin (de), Saint-Just.
Suillet, Senlis.
Troncin, Chamant.
Varanguin-de-Villepin, Compiègne.
Vernière, Estrées-Saint-Denis.
Vidal, Noailles.
Wurtz, Compiègne.
Wyzewski, Erquery.

ORNE.

Angot, Couterne.
Aury, Notre-Dame-d'Aspres.
Barabbé, Domfront.
Becquembois, Alençon.
Bellier, Laigle.
Berrué, Briouze.
Bidard, Domfront.
Bignon, La Ferté-Macé.
Caillet, Mortagne.
Capitrel, Vimoutiers.
Chamousset, Bellême.
Coulombe, Tinchebray.
Damoiseau, Alençon.
Foucher, Argentan.
Gauchot, Chambois.
Gauquelin, Messei.
Guérin, Flers.
Hennart, Gacé.
Hobon, Alençon.
Le Boucher, Ecouché.
Legallois, La Ferté-Macé.
Lelièvre, Sées.
Levassort, Mortagne.
Liégeard, Bellême.
Loncle, Tourouvre.
Lory, La Ferté-Macé.
Pichard, Remalard.
Prod'homme, Putanges.
Ragot, Mesle-sur-Sarthe.
Robbé, Bellême.
Rouyer, Laigle.
Toutain, Ferrière-aux-Etangs.

PAS-DE-CALAIS.

Ader, Hesdin.
Aigre, Boulogne-sur-Mer.
Bailliez, Harnes.
Bretez, Quéant.
Bridoux, Lestrem.
Brouquart, Lumbres.
Brousse, Pont-de-Briques.
Boulinguez, Hénin-Liétard.
Bourgain, Boulogne-sur-Mer.
Canda, Norrent-Fontès.

MM.
Canu, Andres.
Capelle, Hernies.
Capon, Le Transloy.
Carlier, Lillers.
Carpentier, Fampoux.
Cauchy, Bapaume.
Clément, Enquin.
Cuisinier, Calais.
Dartus, Bertincourt.
Debay, Robecq.
Declety, Wizermes.
Dehedin, Samer.
Delannoy, Boulogne-sur-Mer.
Delepouve, Heuchin.
Demailly, Ervillers.
Descille, Boulogne-sur-Mer.
Dupont, Tingry.
Faucon, Therouanne.
Fauconnier, Hesdin.
Ficheux, Croisilles.
Filliette, Boulogne-sur-Mer.
Flour, Boulogne-sur-Mer.
Goudemant, Arras.
Gros, Boulogne-sur-Mer.
Guerlain, Boulogne-sur-Mer.
Guibet, Bapaume.
Hameau, La Ventie.
Harvey, Boulogne-sur-Mer.
Haviez, Chocques.
Henseval, Arras.
Henseval, Béthune.
Houzel, Boulogne-sur-Mer.
Hue, Saint-Pierre-les-Calais.
Joly, Fauquembergue.
Leconte, Inchy.
Lefébure, Bapaume.
Legrand, Bapaume.
Legrand, Barlin.
Lejeune, Boulogne-sur-Mer.
Lemaître, Samer.
Lemoine, Vitry-en-Artois.
Leroux, Etaples.
Leroy, Marquise.
Loppe, Marquise.
Lurette, Esquerdes.
Magnez, Ervillers.
Mantel, Saint-Omer.
Mouton, Ouve-Wirquin.
Pascalin, Saint-Venant.
Patin, Boulogne-sur-Mer.
Payelle, Cauchy-la-Tour.
Socleux, Havrincourt.
Thelliez, Hénin-Liétard.
Vahé, Metz-en-Couture.
Véniel, Croisilles.
Vizerie, Heuchin.
Wagon, Oisy-le-Verger.
Willerval, Arras.
Zibellin, Audrluicq.

PUY-DE-DOME.

Allochon, Giat.
Bardin, Chauriat.
Batut, Roche-Blanche.
Boudet, Maringues.
Bouquerot, Saint-Remy-sur-Durolle.
Brunel, Riom.
Buy, Saint-Bonnet-le-Chastel.

MM.
Chabory, Veyre.
Cohadon, Bourg-Lastic.
Cohadon, Clermont-Ferrand.
Duché, Pont-des-Eaux.
Faure, Riom.
Fouriaux, Clermont-Ferrand.
Gidon, Cunlhat.
Grandclément, Clermont-Ferrand.
Guillemin, Randan.
Ledru, Clermont-Ferrand.
Leoty, Clermont-Ferrand.
Malsang, Champeix.
Ondet, La Rodde.
Pireyre, Saint-Amant-Tallende.
Pradier, Clermont-Ferrand.
Quiquandon, Vernet-la-Varenne.
Raillière, Augerolles.
Tardieu, Aurières.
Thomas, Billom.
Tournebize, Cunlhat.
Veyret, Compière.
Veyrières, La Bourboule.
Vidal, Puy-Guillaume.

PYRÉNÉES (Basses-).

Aris, Pau.
Barbaste, Saint-Calais.
Bordenave, Lescar.
Bordenave, Pau.
Boy, Pau.
Breucq, Bayonne.
Brus, Conchez-du-Béarn.
Buzy, Nay.
Cazaban, Soumoulon.
Cazaux, Oloron-Ste-Marie.
Cazenave de la Roche, Eaux-Bonnes
Condou, Nay.
Cuq, Pau.
Delvaille, Bayonne.
Domecq-Turon, Espoey.
Dubos, Garlin.
Foix, Oloron.
Fourguette, Bœil-Bezing.
Goyeneche, St-Jean-de-Luz.
Guichamans (De), Arzacq.
Guichet, Ponsondessus.
Harriague, Hasparren.
Lacq, Nay.
Larraidy, Hasparren.
Lasbats, Lembeye.
Leroy, Pau.
Maisongrosse, Pontacq.
Marque, Morlaàs.
Nicolau, Monein.
Poueytdebat, Aramits.
Pressans, Garlin.
Rougedemontant, Jurançon.
Sabarots, Orègne.
Sayé, Rivehaute.
Serres, Bayonne.
Sudour, Bayonne.

PYRÉNÉES (Hautes-).

Bordenave, Cauterets.
Burg, St-Pée.
Castex, Tarbes.
Da-Bat-Duffaur, Maubourguet.
Farges, Cauterets.

MM.
Fiolle, Estagel.
Gailhard, Castelnau-Magnoac.
Gauté, Tarbes.
Larbès (De), Bagnères-de-Bigorre.
Lasserre, Vic-Bigorre.
Latapie, Lourdes.
Pedebidou, Tournay.
Peyret, Lourdes.
Pomès, Lourdes.
Sabail, Tarn.
Tujague, Bernac-Debats.
Vignaux, Castelnau-Magnoac.

PYRÉNÉES-ORIENTALES.

Balanda, Prades.
Benet, Pia.
Calmon, Céret.
Cartade, Estagel.
Cassan, Banyuls.
Coste, Collioure.
Donnezan (1158), Perpignan.
Donnezan (1632), Perpignan.
Ferrer, Erne.
Florence, Perpignan.
Galangau, Port-Vendres.
Gonthier, Collioure.
Guichon, St-Laurent-de-la-Salanque.
Laflou, Argelès.
Liopet, Le Soler.
Marill, Sorrède.
Massine, Thuir.
Pujade, Amélie-les-Bains.
Roig, Millas.
Surjus, Perpignan.
Traby, Salces.

RHIN (Haut-).

Bardy, Belfort.
Bubendorf, Belfort.
Clément, Montreux-Château.
Courtet, Granvillars.
Grellot, Giromagny.
Nidergang, Belfort.
Taufflieb, Giromagny.
Vautherin, Belfort.

RHONE.

Albert, Lyon.
Aribaud, Condrieu.
Bachelet, Lyon.
Boyer, Lyon.
Brun, Bron.
Buffart, Lyon.
Cassas, Lyon.
Chabalier, Lyon.
David, Givors.
Féa, St-Cyr-au-Mont-d'Or.
Fonrobert, Lyon.
Frestier, Lyon.
Gamet, Givors.
Garnier, Lyon.
Guénébaud, Lyon.
Imbert, Lyon.
Imbert de la Touche, Mornant.
Jomard, Beaujeu.

MM.
Julié, Lyon.
Jutet, Lyon.
Kamienski, Lyon.
Lachize, La Demi-Lune.
Masson, Lyon.
Meyer, Lyon.
Odin, Lyon.
Pacotte, Bessenay.
Perrin, Lyon.
Pounne, Givors.
Rabot, Lyon.
Reboul, Lyon.
Richerand, Villeurbanne.
Robert, Lyon.
Savy, Lyon.
Sordes, Tarare.
Triviot, Lyon.
Wackenthaler, Lyon.

SAONE-ET-LOIRE.

Aumonnier, Mâcon.
Bauzon, Chalon-sur-Saône.
Béraud, Marcigny.
Bertrand, Chalon-sur-Saône.
Binet, Chagny.
Blanchard, Mercurey.
Debize, Chagny.
Dumontel, Paray-le-Monial.
Dupasquier, Varennes-le-Grand.
Faussillon, Cluny.
François, St-Léger-sur-Dheune.
Gauthier, Charolles.
Goëde, Bourbon-Lancy.
Houzé, Cussay-en-Morvan.
Laurent-Faucon, Chauffailles.
Lefebvre, Louhans.
Legendre, St-Léger-sur-Beuvray.
Massin, Pierre-de-Bresse.
Revial, Le Creusot.
Tetu, Louhans.
Trossart, St-Loup-de-la-Salle.

SAONE (Haute-).

Bitschiné, Luxeuil.
Blanchot, Granvelle.
Bontemps, Jussey.
Bouchard, Bucey-les-Gy.
Boucon, Pesmes.
Boyron, Faverney.
Brunschwig, Vauvillers.
Chané, Fougerolles.
Clément, Dampierre-sur-Salon.
Coillot, Montbozon.
Flotard, Evian-les-Bains.
Gauthier, Luxeuil.
Grisey, Melisey.
Huguet, Vanne.
Juif, Melisey.
Le Tellier, Faverney.
Loiselot, Passavant-sur-Couey.
Maiche (De), Oiselay.
Marvillet, Jussey.
Massin, Vauconcourt.
Maussuire, Vesoul.
Mirondot, Villersexel.
Mouchotte, Vitrey.
Pinguet, Choge.
Pitoy, Combeau-Fontaine.

MM.
Poulet, Plancher-les-Mines.
Renaud, Gy.
Richard, Autrey.
Roland, Gray.
Serrigny, Mantoche.
Signard, Gray.
Simonin, Lure.
Splinder, Ronchamp.
Tisserand, Gy.
Volette, Dampierre-sur-Salon.

SARTHE.

Ballouhey, Montmirail.
Boiteau, Foulletourde.
Bolognesi, Le Mans.
Bourdy, Le Mans.
Canilleau, Boëssé-le-Sec.
Cousturier, Le Lude.
Drumez, Bessé-sur-Braye.
Eltchaninoff, St-Calais.
Geny, Bouloire.
Hervé, Le Mans.
Horeau, Marolles-les-Braux.
Hytier, Bessé-sur-Braye.
Legludic, Sablé.
Mascarel, Brûlon.
Massé, St-Calais.
Monnier, Champaissant.
Moreau, La Ferté-Bernard.
Obet, Bouloire.
Paoli (De), Mamers.
Pasdeloup, Marolles-les-Braux.
Peslerbe, Luché-Prinzy.
Repin, Conlie.
Trolong de Rumain, Bernay.

SAVOIE.

Armand, Albertville.
Macé, Aix-les-Bains.
Massola, Chambéry.
Ringuelet, Valloires.
Rullier, Bourg-St-Maurice.

SAVOIE (Haute-).

Dubouloz, Thonon.
Dumur, Evian-les-Bains.
Galais, Bonneville.
Genoud, Thonon.
Germain, Douvaine.

SEINE.

Aguilhon de Sarran, Paris.
Alquier, Paris.
Andrieu, Paris.
Anbeau, Paris.
Arrault, Aubervilliers.
Arthuis, Paris.
Aubœuf, Paris.
Audigé, Paris.
Bach, Paris.
Baratoux, Paris.
Barbaud, Paris.
Bardet, Paris.
Barette, Paris.
Barrault, Paris.
Barré, Paris.

MM.
Bedié, Paris.
Berguien, Paris.
Berthet, Paris.
Bertrand, Paris.
Bilhaut, Paris.
Bitterlin, St-Maur.
Blanchard, Paris.
Blayac, Paris.
Bocquet, Paris.
Boisson, Sceaux.
Bonenfant, Paris.
Bonnefoy, Paris.
Bouffé, Paris.
Boulland, Paris.
Bourdet, Paris.
Bouyer, Paris.
Breuillard, Paris.
Briand, Paris.
Briois, Paris.
Brohan, Paris.
Bruslé, Paris.
Bureaux, Paris.
Cabrié.
Cadier, Paris.
Caire, Nanterre.
Camus, Les Lilas.
Cancalon, Paris.
Carel, Paris.
Cayron, Paris.
Cézilly, Paris.
Chalvon, Paris.
Chandèze, Paris.
Charles, Paris.
Chassaing, Paris.
Chatelain, Paris.
Chenier, Montreuil-sous-Bois.
Chevallereau, Paris.
Coignard, Paris.
Collache, Paris.
Collardot, Nogent-sur-Marne.
Combe, Paris.
Corn (De), Paris.
Cornilheau, Paris.
Cortié, Paris.
Courgey, Ivry.
Courtys (De), Paris.
Creyx, Paris.
David, Paris.
Degoix, Paris.
Delage, Paris.
Delaporte, Paris.
Delbourg, Paris.
Delefosse, Paris.
Delestrée, Paris.
Deligny, Paris.
Deloulme, Paris.
Demarle, Paris.
Demay, Paris.
Depoux, Levallois-Perret.
Deschamps, Paris.
Destrem, Paris.
Diverneresse, St-Mandé.
Doury Paris.
Dromain, Paris.
Dubousquet-Laborderie, St-Ouen.
Duchesne, Paris.
Dupuy, Paris.
Durand, Arcueil.
Faivre, Paris.
Faixre, Fontenay-sous-Bois.

MM.
Fayard, Paris.
Ferraton, Paris.
Ferret, Paris.
Fichon, Vitry-sur-Seine.
Foucher, St-Mandé.
Fournier, Paris.
Fricker, Paris.
Gallois, Maisons-Alfort.
Garavel, Montreuil-sous-Bois.
Garnier, Paris.
Garran de Balzan, Paris.
Genet, Paris.
Geoffroy, Paris.
Gillon, Aubervilliers.
Gilson, Paris.
Goëbel, Paris.
Goubert, Paris.
Gouël, Paris.
Goureau, Paris.
Goyard, Paris.
Grangé, Paris.
Grellety, Paris.
Grul, Paris.
Guéneau, Levallois-Perret.
Guignard, Vanves.
Guillaumet, Paris.
Guillier, St-Mandé.
Guillot, Paris.
Hahn, Paris.
Hamon, Paris.
Helling, Paris.
Henouille, Ar. ueil-Cachan.
Hyades, Paris.
Izard, Paris.
Jarry, Paris.
Joly, Paris.
Josephson, Paris.
Josias, Charenton.
Jounia, Paris.
Jumon, Paris.
Kahn, Paris.
Kinzelbach, Paris.
Laburthe, Paris.
Laisné, Paris.
Lallement, Nogent-sur-Marne.
Lamau, Issy.
Lamiable, Paris.
Landry, Paris.
Larmande, Paris.
Lartigue, Paris.
Launay, Paris.
Le Blanc, Paris.
Leclere, Paris.
Lecocormier, Paris.
Ledé, Paris.
Le Gendre, Paris.
Legrand, Paris.
Legros, Paris.
Lelu, Paris.
Le Pileur, Paris.
Liébaut, Nogent-sur-Marne.
Macqret, (622), Paris.
Macqret (1326), Paris.
Macstrali, Paris.
Maire, Paris.
Mallet, Paris.
Mangenot, Paris.
Manoury, Paris.
Marchand, Paris.
Mâreau, Paris.

MM.
Marieux, Paris.
Marnata, Paris.
Marquet, Paris.
Martin, Paris.
Maurel, Paris.
Mesny, Paris.
Miart, Paris.
Michel, Neuilly-sur-Seine.
Michelon, Nanterre.
Miquel, Paris.
Monceaux, Paris.
Monin, Paris.
Montfumat (De), Paris.
Moricourt, Paris.
Moulin, Paris.
Mugnier, Paris.
Nordau, Paris.
Parent, Paris.
Paris, Paris.
Pascalis, Paris.
Pelaprat, Paris.
Petian, Paris.
Petit, Paris.
Piéchaud, Paris.
Piérin, Paris.
Pioger, Paris.
Pitois, Paris.
Poché, Paris.
Portafax, Paris.
Pouillet, Noisy-le-Sec.
Preel, Paris.
Prit, Fontenay-sous-Bois.
Raffegeau, Paris.
Réal, Paris.
Reulos, Villejuif.
Reuss, Paris.
Ribard, Paris.
Richard, Paris.
Rivals, Paris.
Rives, Paris.
Rizat, Paris.
Roelands, Courbevoie.
Rollin, Paris.
Roquetaillade (de), Paris.
Rouanet, Le Bourget.
Roussin, Paris.
Ruault, Paris.
Ruaux, Paris.
Ruelle, Paris.
Sabatier, Paris.
Sales, Boulogne sur-Seine.
Sarazin, Paris.
Savomin, Paris.
Selle, Paris.
Serpaggi, Pierrefitte.
Simard, Paris.
Smester, Paris.
Stein, Paris.
Stevenel, Paris.
Suchet, Paris.
Thevenot, Paris.
Tison (150), Paris.
Tison (941), Paris.
Trouessart, Paris.
Trousseau, Paris.
Touplain, Paris.
Vaissette, Paris.
Verrollot, Ivry.
Vialle, Paris.
Vicente, Paris.

MM.
Viger, Paris.
Vigouroux, Paris.
Vilain, Paris.
Vrain, Paris.
Wuillomenet, Paris.
Yvon, Paris.
Zabé, Paris.

SEINE-ET-MARNE.

Arluizon, Ozouër-la-Ferrière.
Arnous-de-Sanlsayes, Esbly.
Beugnon, Melun.
Charpentier, Meaux.
Delarue, Montcerf.
Delporte, Beton-bazoches.
Deny, Nangis.
Derevoge, Crécy-en-Brie.
Duclaux, Claye-Souilly.
Fleur, Montereau.
Glindrier, Couilly.
Goupil-des-Pallières, Montereau.
Guerder, Ferrières.
Guillot, Lizy-sur-Ourcq.
Guyochin, Mitry-Mory.
Hantz, Melun.
Henrionnet, Guignes-Rabutin.
Henry, Coulommiers.
Lemanski, Lagny.
Limousin-Lamothe, Mormant.
Lormy, Coulommiers.
Masbrenier, Melun.
Michaud, Blandy.
Montillot, Provins.
Mozer, Rozoy-en-Brie.
Nicolas-Barraqué, Le Châtelet.
Osiecki, Meaux.
Petit, Montereau.
Prima, Egreville.
Rétif, Moret.
Rigabert, Saacy-sur-Marne.
Rousseaux, Noisiel.
Roy, Melun.
Steibel, Tournan.
Sutils, La Chapelle-la-Reine.
Theulier, La Ferté-sous-Jouarre.

SEINE-ET-OISE.

Barbelet, Dourdan.
Baronnet, Mantes.
Barry, Montrouge-Boissemont.
Bénard, La Roche-Guyon.
Bibart, Pontoise.
Boutet, Orgerus.
Boyer, La Celle-Saint-Cloud.
Bréchot, Versailles.
Broquet, Gonesse.
Bruel, Louvres.
Cesbron, Marines.
Chanu, Meudon.
Creutzer, Gagny.
Dampeirou, Bray-Lu.
Darène, Belloy.
Darin, Chaville.
Daussure, St-Vrain.
Deghaye, Versailles.
Delaunay, Versailles.
Dezotteux, Lardy.
Diard, Rambouillet.

MM.
Drouault, Le Raincy.
Drouet, Mantes.
Dupont, Mantes.
Dupont, Triel.
Durand, Beynes.
Fichot, Neuilly-Plaisance.
Fourmestreaux (De), Trappes.
Galliot, Bezons.
Gauthier, Magny-en-Vexin.
Grellière, Neauphle-le-Château.
Grissac (De), Argenteuil.
Grognot, Milly.
Herluison, St-Germain-en-Laye.
Herpin, Livry.
Jaoul, Sucy-en-Brie.
Jossic, Etrechy.
Ladmiral, Corbeil.
Lavigne, Aulnay-les-Bondy.
Lefebvre, Aulnay-les-Bondy.
Lefèvre, Bonnières.
Le Grip, Chalou.
Le Menant des Chesnais, Ville-d'Avray.
Le Piez, St-Germain-en-Laye.
Leroy, Villiers-le-Bel.
Lhoste, Draveil.
Licke, Maisons-Laffite.
Loison, Brunoy.
Margery, Sannois.
Mazet, Montfort-l'Amaury.
Meunier, Pontoise.
Mougenc de St-Avid, Parmain-d'Isle-Adam.
Okinczic, Belloy.
Pastureaud, Etampes.
Pauvert, La Ferté-Alais.
Perier, St-Clair-sur-Epte.
Pineau, Poissy.
Rabel, Meulan.
Retali, Sannois.
Ribard, Meudon.
Roques, Versailles.
Rousseau, Montsoult.
Sève, Limours.
Surbled, Corbeil.
Surre, St-Cloud.
Tardif, Versailles.
Thomas, Le Raincy.
Toussaint, Argenteuil.
Velten, Versailles.
Watremez, Livry.
Wylanski, Etrechy.

SEINE-INFÉRIEURE.

Ballay, Rouen.
Bellencontre, Rouen.
Bertrand, Elbeuf.
Bouju, St-Romain-de-Colbosc.
Bourgeois, Eu.
Boutan, Le Havre.
Brunschwig, Le Havre.
Caron, Dieppe.
Chaboux, Rouen.
Charayon, Gaillefontaine.
Chauvel, Le Havre.
Choiseau, Londinières.
Choiseau, Offranville.
Coursières, Dieppe.

MM.
Cravin, Bolbec.
Crouzet, Bolbec.
Delarue, Dieppe.
Delépine, Pavilly.
Denouette, Le Havre.
Diligence, Arques-la-Bataille.
Dugardin, Le Havre.
Dupont, Valmont.
Duputel, Rouen.
Duval, Gournay-en-Bray.
Fauvel, Le Havre.
Ferrand, Le Havre.
Florion, Lillebonne.
Gargam, Rouen.
Gervais, St-Victor-l'Abbaye.
Gibert, Le Havre.
Guilmin, Le Havre.
Hebert, Envermeu.
Hélot, Rouen.
Hoarau, Bréauté.
Lafaurie, Le Havre.
Launay, Le Havre.
Laurent, Sanvic.
Lausiès, Le Havre.
Lecadre, Le Havre.
Le Cam, Le Havre.
Lecène, Le Havre.
Le Gad, Le Havre.
Lemaire, Le Tréport.
Le Mercier, Le Havre.
Levesque, Rouen.
Lignerolles (De), Le Havre.
Lorentz, Le Havre.
Magalon, La Bouille.
Margueritte, Le Havre.
Maze, Le Havre.
Ménard, Bacqueville.
Ménard, Cany-en-Caux.
Michellet, Eu.
Pasquet, Gournay-en-Bray.
Perrichot, Le Hâvre.
Petitclerc, Rouen.
Piasecki, Le Havre.
Potel, Veules.
Powilewicz, Ste-Adresse.
Prez Crassier (De), Le Havre.
Quentin, Rouen.
Roger, Le Havre.
Tinel, Rouen.
Tourneux, Rouen.
Vitet, St-Nicolas-d'Aliermont.
Weling (de), Rouen.

SÈVRES (Deux-).

Baudry, La Forêt-sur-Sèvres.
Beaudet, St-Maixent.
Beranger, Niort.
Blanchet, Pamproux.
Bodeau, Niort.
Bocquel, Niort.
Bonnain, Moncoutant.
Bouchet, St-Loup-sur-Thouet.
Boudart, Sauzé-Vaussais.
Boutiron, Mauzé.
Brangier, Vantebis.
Carré, St-Maixent.
Cautreau, Faye-l'Abbesse.
Clochard, Mauzé.
Drochon, Bressuire.

MM.
Drouhet, Melle.
Favard, Niort.
Gaillard, Parthenay.
Gaillardon, Chef-Boutonne.
Gauthier, La Melle.
Gerbier, Celles-sur-Melle.
Héliot, Chef-Boutonne.
Lecointre, Bressuire.
Marion, Parthenay.
Martineau, Coulonges.
Michel, Argentin-Château.
Pellevosin, Beauvoir-sur-Niort.
Petiteau, Les Aubiers.
Pillet, Niort.
Proust, Epannes.
Puy-le-Blanc, Niort.
Quinemant, Niort.
Roulland, Niort.
Senoble, Champdeniers.
Solon, Niort.

SOMME.

Billet, Bertaucourt les-Dames.
Boulanger, Péronne.
Boura, Ribemont.
Boury, Vignacourt.
Braillon, Nesle.
Caüet, Plessier-Rosainvilliers.
Demarquet, Corbie.
Dheilly, Candas.
Ducrocq, Naours.
Ducroq, Fieffes-Montrelet.
Duprez, Francvilliers.
Durand, Davenescourt.
Duquesnel, Roge.
Farcy, Abbeville.
Franqueville, Rue.
Froidure, Rosières.
Gaillard, Moreuil.
Genty, Amiens.
Gouilleux, Corbie.
Greuet, Cerizy-Gailly.
Lecadieu, Manancourt.
Lefebvre, Berneuil.
Legoux, Albert.
Lejeune, Mézières.
Lequibin, Oisemont.
Leroy, Amiens.
Leroy, Fransart.
Leroy, Laboissière.
Lesenne, St-Riquier.
Macqueron, Yvrenchaux.
Mahelin, Bernaville.
Maincourt, Rue.
Mouronval, Miraumont.
Pombourcq, Acheux.
Pouret, Moislains.
Prévôt, Harbonnières.
Quentin, Caix.
Sergeant, Montauban.
Théry, Combles.
Trépant, Nesle.

TARN.

Baillé, Castres.
Basroul, Albi.
Bastié, Graulhet.
Bonsirven, Briatexte.

MM.

Cabanes, Castres.
Calmels, Carmaux.
Calvet, Castres.
Camboulives, Graulhet.
Carayon, Roquecourbe.
Curval, Castres.
Ducloux, Cahusac-sur-Vère.
Jean, Teillet.
Maffre, Monestiès-sur-Céron.
Marlin, Vabre.
Revellat, Carmaux.
Roumegous, Castres.
Sicard, Castres.
Vernier, Carmaux.

TARN-ET-GARONNE.

Audibert, Montauban.
Authenac, Grisolles.
Boé, Castel-Sarrazin.
Combes, Caylus.
Dufaur, Valence-d'Agen.
Dupuy, Moissac.
Guiounet, Auvillars.
Kobryner, Castel-Sarrazin.
Pagès, Castel-Sarrazin.
Raffy, Negrepelisse.
Reilhac, St-Nicolas-de-la-Grave.
Rodié-Talbère, Valence-d'Agen.

VAR.

Arène, Hyères.
Ardoïn, Gonfaron.
Aubert, Brignolles.
Aubin, Toulon.
Auran, Toulon.
Balp, Draguignan.
Barnier, Toulon.
Basset, Barjols.
Béguin, Roquebrussanne.
Béraud, Lorgues.
Bernard, Porquerolles.
Bernard, Salernes.
Bestion, Toulon.
Blanc, Pourrières.
Bonnesceuelle-de-Lespinois, Toulon
Breton, Toulon.
Carence, Toulon.
Cauvin, Toulon.
Chapuis, Toulon.
Coste, Toulon.
Cotte, Toulon.
Cunéo, Toulon.
Daliot, Toulon.
Decugis, Besse-sur-Issole.
Doze, Draguignan.
Dubrandy, Hyères.
Eyssautier, Toulon.
Fabre, Rians.
Fabre, Toulon.
Feriaud, La Verdière.
Galliot, Toulon.
Gery, Sollies-Pont.
Girard, Draguignan.
Granier, Les Arcs.
Guillabert, Toulon.
Guiol, Toulon.
Infernet, Toulon.
Jacquemin, Toulon.

MM.

Juvénal, Toulon.
Lavagne, Les Arcs.
Livon, Saint-Maximin.
Long, Toulon.
Marquez, Hyères.
Menut, Ginnasservis.
Monin, Toulon.
Mourson, Toulon.
Nègre, Toulon.
Patritti, Brignolles.
Paul, Barjols.
Pellegrin, Toulon.
Perrimont, Montauroux.
Rey, Toulon.
Romain, Toulon.
Ruat, Vidauban.
Sambuc, Toulon.
Segard, Toulon.
Segond, Callian.
Sibaud, Toulon.
Simon, Le Luc.
Thomas, Bandol.
Trotobas, Garcoult.
Vidal, Hyères.

VAUCLUSE.

Ailhaud-de-Castelet, Vitrolles.
Augier, Carpentras.
Bérard, Cavaillon.
Blanc, Avignon.
Boussot, Cavaillon.
Brusque, Cavaillon.
Denis, Avignon.
Element, Avignon.
Eyriès, Cadenet.
Félix, L'Isle-sur-Sorgues.
Féraud, Orange.
Jourdan, Cavaillon.
Lombard, Apt.
Michel, Cavaillon.
Mouart, Orange.
Rey, Gramboïs.
Reyne, Bollène.
Roche, Mormoiron.
Santon, Carpentras.
Taulier, Avignon.
Urdy, Valréas.

VENDÉE.

Atgier, Fontenay-le-Comte.
Barbonneau, Pouzauges.
Basque, Mortagne-sur-Sèvre.
Beaudry, Landevieille.
Billaud, Les Epesses.
Billiotte, Les Sables-d'Olonne.
Blé, La Roche-sur-Yon.
Bouriau, La-Roche-sur-Yon.
Canteteau, Les Sables-d'Olonne.
Chapot-de-la-Chanonie, les Herbiers.
Chauvin, Saint-Denis-la-Chevasse.
Chevrier, Saint-Gilles-sur-Vie.
Clenet, Cugand.
Clochart, La Rocheservière.
Cormier, Saint-Denis-la-Chevasse.
Coudrin, La Boissière-Montaigu.
Coudrin, Talmont-Vendée.
Debergue. La Gaubretière.

MM.

Dodin, Challans.
Dumas, La Bruffière.
Eon, Les Essarts.
Faucheron, La Garnache.
Filandeau, La-Roche-sur-Yon.
Fillon, La-Roche-sur-Yon.
Fontan, Saint-Jean-du-Mont.
Gaunin, Les Sables-d'Olonne.
Godet, Les Sables-d'Olonne.
Gouin, Montaigu.
Gourraud, Sainte-Cécile.
Hébert, Tiffauges.
Jaguenéau, Chavagnes-en-Paillers.
Logeais, Palluau.
Michenaud, Saint-Fulgent.
Mignen, Montaigu.
Meunier, Aizenay.
Moreau, Les Herbiers.
Neveu-Derotrie, Challans.
Ordonneau, Mouilleron-en-Pareds.
Payraudeau, Belleville-sur-Vic.
Piveteau, L'Oie.
Porteau, Poiré-sur-Vie.
Raynaud, Les Essarts.
Riou, Challans.
Sallé, les Herbiers.
Séguin, Chauché.

VIENNE.

Bate (de la), Poitiers.
Beaupoil, Châtellerault.
Benoist, Neuville.
Bouchet, Lesigny-sur-Creuse.
Buffet, Poitiers.
Chargelaigue, Couhé.
Doucet, Loudun.
Garraud, Couhé.
Granger, Charroux.
Guilland, Civray.
Lagrange, Poitiers.
Lecointre, Lencloître.
Ménard, Saint-Gervais-les-Trois-Clochers.
Mercier, Couhé.
Pasquet-Labrou, Châtellerault.
Pion, Poitiers.
Piorry, Verrières.
Varaillon, Châtellerault.
Verriet-Litardière, Lussac-les-Châteaux.
Verriet-Litardière, Vivonnes.

VIENNE (Haute-).

Beaubrun, Solignac.
Braux, Saint-Laurent-sur-Gorre.
Descubes, Oradour-Saint-Vayres.
Dubois, Limoges.
Dunoyer, Le Dorat.
Font-Réaulx (de), Saint-Junien.
Gautier, Saint-Junien.
Lagente, Compreignac.
Mabaret-du-Basty, Saint-Léonard.
Mavergnier, Limoges.
Mayaud, Lussac-les-Eglises.
Mereau, Bellac.
Perigord, Limoges.
Prévost-de-Lavaud, Les Salles-la-Vanguyon.

MM.
Tardif, Saint-Junien.
Voisin, Saint-Léonard.

VOSGES.

Ancel, Epinal.
Antoine, Saint-Ouen-les-Parey.
Bertrand, Vagney.
Bornèque, Bussang.
Boyé, Monthureux.
Champy, Uzemain.
Charée, Neufchâteau.
Deiss, Saint-Dié.
Deschamps, Vrécourt.
Eury, Charmes.
Fleurot (392), Le Val-d'Ajol.
Fleurot (2450), Le Val-d'Ajol.
Frebillot, Mirecourt.
Gaillemin, Vagny.
Greuell, Gérardmer.
Guyon, Remiremont.
Haemmerlin, Epinal.
Joyeux, Miremont.
Laballe, Epinal.
Lardier, Rambervilliers.
Martinet, Epinal.
Pernet, Rambervilliers.
Pierre, Epinal.
Poirot, Eseles.
Pommageot, Bains-en-Vosges.
Rousselot, Saint-Dié.
Thomas, Chatel-sur-Moselle.
Thomassin, Xertigny.
Tissier, Remirecourt.
Wittmann, Le Val-d'Ajol.

YONNE.

Andigé, Neuvy-Sautour.
Bernot, Neuvy-Sautour.
Beugnon, Flogny.
Breuillard, Avallon.
Collinot, Coulange-sur-Yonne.
Desvignes, Eglemy.
Ducrost, l'Isle-sur-Serein.
Ficatier, Auxerre.
Forgeron, Saint-Florentin.
Gautherin, Chablis.
Jonchère (de), Héry.
Lepelletier, Fleury-Vallée.

MM.
Leriche, Joigny.
Lordereau, Saint-Florentin.
Masson, Auxerre.
Mossot, Bussy-en-Othe.
Mouly, Mailly-le-Château.
Peltier, Ailland-sur-Thollon.
Populus, Coulange-la-Vineuse.
Pouillot, Brienon-sur-Armançon.
Pruneau, l'Isle-sur-Serein.
Roché, Chatel-Censoir.
Simon, Quarré-les-Tombes.
Tarnawski, Joigny.
Tassin, Leuguy.
Thierry, Aney-le-Franc.
Toupanee, Dixmont.
Tremblay, Maligny.
Truchy, Brienon-l'Archevêque.

ALGÉRIE.

Aubry, Sétif.
Barraud, Constantine.
Beraud, Constantine.
Berthier, Oran.
Boude, Bône.
Bourrilhon, Blidah.
Bresse, Blidah
Brun, Lamoricière.
Cabaud, Saïda.
Casanova, Constantine.
Chevalier, Constantine.
Chevalier, Guelma.
Clément, Milliah.
Comte, Oran.
Custaud, Akbou.
Dardignac, Orléansville.
Delabrousse, Guelma.
Deshayes, Alger.
Didier, Tlemeem.
Durand, Alger.
Duzan, Oran.
Etienne, Alger.
Gauvain, Sidi-Bel-Abbès.
Hermann, Bône.
Hinglais, Constantine.
Honsz, Alger.
Kaidour-Larbez, Constantine.
Kayser, Philippeville.
Laurier (de), Boghari.
Le Lièvre, Sidi-Chami.

MM.
Leroy, Constantine.
Marcailhou, Blidah.
Marty, Le Kreider.
Massaloup, Oran.
Mertz, Alger.
Milliot, Bugeaud.
Mondot, Oran.
Monnereau, Mustapha.
Moreau, Saint-Eugène.
Moret, Alger.
Nicaud, Orléansville.
Nouët, Fedgé-Mézala.
Paul, Oran.
Pengrueber, Palestro.
Peretti, Menier-Lacombe.
Racamière, Menerville.
Ravel, Sainte-Barbe-de-Tlélat.
Rey, Alger.
Rulié, Tlemeem.
Sanrey, Batna.
Texier, Alger.
Trabut, Mustapha.
Trolard, Alger.
Vincent, Alger.

GUADELOUPE.

Brassac, La Basse-Terre.
Gauran, La Basse-Terre.

GUYANE.

Mathé, Cayenne.

RÉUNION.

Mac-Auliffe, Saint-Denis.

SÉNÉGAL.

D'Hubert, Dakar.

ALSACE-LORRAINE.

Wallart, Niederhagenthal.

BELGIQUE.

Zuède, Liège.

Les Membres du Concours Médical sont instamment priés de vouloir bien nous indiquer les erreurs qu'ils pourraient trouver dans l'*Annuaire* des adhérents. Il arrive, en effet, que des déplacements, des décès ont lieu, sans que nous en soyons informés, et, dans ce cas, le journal est servi, parfois assez longtemps, sans profit pour personne.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place Saint-André, 3.

Huitième année — N° 51 — 18 Décembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La situation des agrégés.

Si on eût mis aux voix parmi les agrégés des Facultés de médecine le choix du nouveau président du conseil des ministres, il est probable qu'ils n'auraient pas accordé leurs suffrages à M. Goblet ; car celui-ci a marqué son passage au ministère de l'instruction publique par l'adoption d'une mesure qui a modifié de la façon la plus fâcheuse leur situation. On sait que les agrégés touchaient, outre une indemnité pour faire passer les examens, une partie des appointements des professeurs qu'ils suppléaient et un traitement spécial pour les cours complémentaires dont les avait chargés un précédent décret. Ces cours complémentaires avaient le plus grand succès et rendaient d'incontestables services aux étudiants.

Par malheur, le vent d'économies qui a soufflé de la commission du budget sur les divers ministères, s'est abattu avec une rage toute particulière sur les Facultés de médecine, et, comme il était impossible de rogner les traitements des professeurs, trop gros personnages pour être attaqués impunément, ce sont les agrégés qui ont payé les frais de la campagne budgétaire..... sans que pourtant les cent et quelques mille francs économisés sur eux aient, comme on sait, permis de boucler le budget. Le biais employé pour ne plus payer les cours complémentaires des agrégés a été d'ailleurs médiocrement ingénieux : on s'est contenté de transformer ces *cours payés* en *conférences gratuites* ; le titre seul diffère ; car les agrégés ne mettent pas moins de soin et ne perdent pas moins de temps à préparer les conférences actuelles que les cours d'antan.

Les agrégés des Facultés ont protesté naturellement en des termes énergiques, très dignes et très motivés, que la presse médicale tout entière a soulignés de son approbation. Nous faisons de même et nous souhaitons que M. Goblet, devenu président du conseil des ministres, reconnaissant son erreur, et désireux de faire à ses anciens administrés un don de joyeux avènement, conseille à son successeur à l'Instruction publique de retirer le fâcheux décret.

Poussées d'urticaire et accidents pseudo-péritonitiques à l'occasion des ponctions, dans les kystes hydatiques du foie.

La Société médicale des hôpitaux a continué à s'occuper du traitement des kystes hydatiques du foie par la ponction simple. MM. Millard et Gallard ont relaté des cas dans lesquels, par suite de la multiplicité des kystes ou de leur disposition spéciale, on a pu faire plusieurs ponctions sans résultat dans le parenchyme hépatique.

M. *Dieulafoy* a fait à cette occasion une intéressante communication.

Si on veut être dans la vérité, a-t-il dit, à propos des guérisons de kystes par la ponction simple, il faut, d'une part, attendre, pour affirmer la guérison, que la récidive ne se soit pas faite six mois au moins après et peut-être davantage. Il est probable que, plus près on est du début, plus on a de chances de guérir par la simple ponction ; quand les parois se sont épaissies ou vascularisées avec excès, les chances de guérison sont moindres. Avant d'affirmer la récidive d'un kyste ponctionné, il faut encore se demander si la nouvelle tumeur n'est pas une nouvelle poche. Quant à lui, il peut citer deux faits indiscutables de guérison définitive par une seule ponction, puisque les malades revus deux ans après n'avaient pas de récidive.

M. Dieulafoy aborde ensuite une question relative au pronostic de certains accidents pseudo-péritonitiques qui, précédés, accompagnés ou suivis d'urticaire, surviennent souvent après la ponction et qu'il a toujours vus se dissiper promptement. Dans un cas, il a vu, aussitôt après une ponction dans un kyste dont on avait retiré 300 grammes seulement de liquide, apparaître des nausées, des vomissements, des douleurs abdominales avec irradiations dans l'épaule droite. Dix minutes après se montrait une hémi-urticaire, limitée strictement à la moitié droite du corps, et les accidents généraux se dissipaient peu à peu. Vingt-quatre heures plus tard, on évacua le reste du kyste (14 à 1,500 grammes) sans aucun accident.

Dans un autre cas, le soir d'une ponction dans un kyste, on trouve la malade avec l'aspect d'une péritonite suraiguë, facies grippé, fièvre, hoquet, vomissements, douleurs abdominales, dysphagie absolue, dyspnée excessive, pouls petit et misérable ; tout se dissipa quand apparut une éruption généralisée d'urticaire cutanée ; la dyspnée et la dysphagie avaient sans doute été causées par l'exanthème ortié sur les muqueuses bronchique et œsophagienne.

Une autre fois, M. Dieulafoy a vu l'urticaire apparaître pendant que le liquide de la ponction s'écoulait dans l'aspirateur. Dans un cas, il a vu l'urticaire survenir après une simple ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz. Il connaît même des cas où l'urticaire s'est montrée avant la ponction, et croit se rappeler que l'urticaire a été observée par M. Verneuil après la ponction d'un kyste de la thyroïde. On sait, en somme, très mal ce qui cause l'urticaire. Ce qui est singulier, c'est que, dans les cas où elle s'est montrée lors de la première ponction, elle ne se montre jamais à la deuxième.

M. *Labbé* a vu aussi un cas d'urticaire avant la ponction d'un kyste ; mais la poche s'était rompue probablement dans le péritoine. Il rappelle ce qu'il a dit, dans une précédente séance, sur la fréquence de la pleurite sèche dans les kystes de la face convexe du foie. Il admet la parfaite innocuité des ponctions capillaires aspiratrices, et la possibilité de guérir certains kystes par une seule ponction ; mais, après une ou deux ponctions, si le liquide se reproduit et que l'absence persistante d'albumine dans ce liquide indique que les hydatides continuent à vivre, il est d'avis de recourir aux injections modificatrices ou aux moyens chirurgicaux.

Grippe avec épanchement pleural critique (1).

M. *Roques* a observé chez un enfant de neuf ans un cas de grippe avec accidents nerveux si intenses que pendant quelques jours on crut avoir affaire à une méningite. Au moment où la fièvre cessait et où le malade entrait en convalescence survint un épanchement pleural qui disparut en 24 heures. Ce cas n'est pas sans analogues, quoiqu'il soit très rare. Marrotte en a signalé plusieurs. Il importe de ne pas confondre cette variété d'épanchement pleural qui a les allures d'un phénomène critique avec les grippes à forme pleurétique où l'existence d'une pleurésie dès le début de la maladie ou dans son cours constitue le phénomène principal.

La pathogénie de l'épanchement pleural critique dans la grippe est obscure. La brièveté des accidents ne permet pas de croire qu'il s'agisse d'une véritable pleurésie. M. Roques est enclin à penser

(1) Société médicale des hôpitaux.

FEUILLETON

Sur le choix d'une profession.

Un inspecteur fédéral des fabriques suisses, M. H. Etienne, vient de publier sur le *Discernement dans le choix des professions* une brochure des plus intéressantes (1). Il en est des métiers professionnels, dit-il, comme des professions libérales : les effets d'une fausse direction dans le choix d'une carrière se manifestent dans toutes les classes de la société et se traduisent soit par le découragement, soit par des efforts stériles et qui procureraient infailliblement de meilleurs résultats s'ils avaient été bien appliqués. Les infériorités dans toutes les carrières abaissent le prix des services ; elles font une concurrence désastreuse aux talents et aux aptitudes qui ont trouvé leur voie ; la société est donc aussi intéressée que l'individu à ce que chacun de ses membres utilise ses véritables facultés. Si l'on songe aux forces productives perdues, aux conséquences souvent fatales, résultat du manque de discernement dans le choix d'un état, on conviendra qu'aucune question n'est plus digne d'attirer l'attention des familles. Ils se rencontrent en effet assez rarement les enfants qui manifestent de bonne heure une préférence justifiée, soit pour un métier, soit pour une profession libérale : le plus souvent, ils sont guidés par un caprice, un enthousiasme du moment, par l'exemple d'un camarade ; ou bien ils demeurent indécis ; ils cèdent alors aux vœux de leurs parents, qui décident des considérations d'opportunité. Tout cela est bien peu scientifique. Heureux encore ceux qui trouvent dans l'énergie de leur caractère, dans une grande puissance d'application, assez de force pour vaincre les difficultés et arriver à une compétence au moins suffisante. Mais combien succombent dans cette lutte inégale et se découragent, faute d'avoir été bien orientés !...

M. H. Etienne cite un certain nombre d'exemples curieux de ces déviations sociales, que ses fonctions lui ont donné l'occasion d'observer : des ouvriers très médiocres devenus d'excellents instituteurs après avoir suivi des cours d'adultes, et, réciproquement, de mauvais pédagogues devenus d'excellents

(1) A Neuchatel, chez Attinger frères.

qu'il s'agit d'une hypérémie fluxionnaire de la plèvre ; la fluxion porte probablement surtout sur le feuillet viscéral, puisque les malades n'accusent pas de douleur thoracique. L'hypérémie provoque naturellement l'hypersécrétion, et on peut dire qu'il se produit une sorte de sueur pleurale, comparable aux sueurs critiques.

Cancer du foie consécutif à un cancer du testicule chez un jeune sujet.

M. R. Moutard-Martin avait dans son service un jeune homme de 18 ans entré pour un œdème de la jambe droite et un gros foie au niveau du lobe gauche duquel se trouvait une poche fluctuante. On pensa qu'il s'agissait d'un kyste ou d'un abcès ; mais la ponction donna issue à du sang. Le foie continua à augmenter de volume et à présenter une apparence marronnée. Dans les antécédents, on ne relevait que des excès alcooliques, l'habitude de la masturbation et une attaque de rhumatisme aigu. Cependant, M. Moutard-Martin admit le cancer comme probable malgré le jeune âge du malade. La mort ne tarda pas à survenir. Le foie pesait 3,700 gr. et était le siège d'une énorme tumeur encéphaloïde; les ganglions prévertébraux étaient dégénérés et dans le testicule on trouva une tumeur d'apparence cancéreuse, à l'œil nu. L'examen histologique en révèlera bientôt la véritable nature. Le diagnostic de la lésion testiculaire avait été rendu impossible pendant la vie à cause de l'œdème du scrotum. Enfin, comme reliquat de l'attaque rhumatismale, existait une endocardite végétante des valvules mitrales et aortiques, n'ayant donné lieu à aucun signe pendant la vie.

Péritonite périhépatique purulente enkystée.

M. Cadet de Gassicourt rapporte le cas d'un garçon de 13 ans qui à la suite de privations et de nuits passées en plein air entra à l'hôpital pour une douleur dans le côté droit du thorax. L'amaigrissement, la pâleur, des adénopathies sous-maxillaires considérables, avec cicatrices d'écrouelles, l'existence d'une zone mate et soufflante au sommet droit firent porter le diagnostic de broncho-pneumonie tuberculeuse. Bientôt après survinrent des poussées congestives de la base du même poumon et enfin une tumeur rénitente de la région hépatique. La ponction exploratrice ayant révélé l'existence de pus dans cette tumeur, on pensa avoir affaire soit à un kyste hydatique suppuré, soit à une adénopathie scrofulotuberculeuse. Quelques poussées de péritonite localisée survinrent et M. Cadet de Gassicourt s'est étonné depuis en relisant l'observation de n'avoir pas songé dès lors à la possibilité d'une péritonite enkystée sus-hépatique. C'était bien, en effet, de cette affection qu'il s'agissait comme on put bientôt en avoir la certitude ; en effet, malgré l'issue de 20) gr. de pus à la suite d'une ponction avec un gros trocart et le placement d'une sonde à demeure, il persistait une fistule intarissable. Une incision au thermo-cautère faite par M. Prengrueber fit constater qu'il existait une poche suppurante entre la face convexe du foie et le diaphragme, mais indépendante du foie. La cicatrisation s'opéra ensuite facilement et l'enfant guérit complètement de ses lésions pulmonaires. C'est un nouvel exemple d'une de ces broncho-pneumonies subaiguës, qui guérissent, bien qu'on ait toutes raisons de les croire tuberculeuses.

---

ouvriers ; même de métier manuel à métier manuel, des changements du plus heureux effet. Un jeune homme de vingt-deux à vingt-quatre ans, de son état garçon meunier à Romanshorn, où il vivait depuis plusieurs années, avait eu l'occasion de constater son infériorité dans cette profession ; il part pour Lyon, son pays d'origine, entre comme apprenti dans un atelier de construction, y fait de rapides progrès, devient bientôt un contremaître d'élite. Ces exemples pourraient être multipliés à l'infini. Tout le monde en connaît. Tout le monde a vu des gens faire un métier pour lequel ils ne sont pas nés. Il est incontestable que pour le choix des professions l'humanité en est encore aux procédés de sélection les plus enfantins, quand ils ne sont pas les plus cruellement stupides.

Cherchons donc à projeter un peu de lumière dans cette recherche si délicate et si importante des dons naturels ; à fixer quelques jalons qu'il soit facile de discerner dès le jeune âge, afin de préparer, sans perte de temps (et d'un temps le plus souvent précieux), les enfants à entrer dans les carrières où ils pourront véritablement utiliser les moyens d'action qui leur sont propres. M. H. Etienne estime que la recherche des aptitudes aux métiers et à l'exercice de plusieurs professions libérales est subordonnée à l'appréciation du degré de perfection native de nos sens et de nos organes. Il se plaint avec raison que l'éducation de ces sens soit encore aussi négligée et il indique les résultats originaux auxquels il est déjà parvenu par une étude attentive du sens du *toucher*.

L'auxiliaire par excellence dans l'exercice des professions manuelles, dit-il, est la dextérité. La qualité et la quantité de la production dans un même laps de temps sont variables d'une personne à une autre ; dans le même atelier, les ouvriers ne réalisent pas les mêmes gains ; fréquemment, les plus laborieux sont ceux qui retirent le moindre salaire de leur travail persévérant et assidu. On dit bien : « Ils ne sont pas habiles. » Mais pourquoi ? Tout simplement parce qu'ils sont maladroits. Or, la maladresse peut être congénitale, c'est-à-dire résulter d'un défaut plus ou moins apparent de conformation, ou bien procéder uniquement d'une éducation fonctionnelle imparfaite. C'est un point qu'il est fort important de vérifier. M. Etienne affirme avoir reconnu, par une expérience de trente-cinq ans, la règle suivante qu'il n'a jamais trouvée en défaut. *La caractéristique de*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 14 décembre).

Election : M. NOCARD a été élu membre titulaire dans la section vétérinaire par 46 voix contre 17 données à M. Mégnin et 11 à M. Weber.

M. PANAS a lu un travail sur les *kystes dits séreux de l'orbite.* — M. LABBÉ a communiqué son rapport sur une observation de M. DUBAR (de Lille), relative au traitement des fistules péniennes par la taille sus-pubienne.

MÉDECINE PRATIQUE

LES GRANDS ABUS THÉRAPEUTIQUES.

Fortifiants et calmants.

Je ne suis pas un sceptique en thérapeutique, et j'ai écrit dans ce journal plusieurs articles sous la rubrique : Les Grands Médicaments (1); mais je crois faire œuvre non moins utile en attirant l'attention sur l'abus qu'on en peut faire.

Nous savons tous quel rôle considérable l'engouement et la mode jouent dans la thérapeutique. Chaque quart de siècle a sa caractéristique générale. Les émissions sanguines ont avec Broussais, puis Bouillaud, anémié plusieurs générations pour les sauver de la pléthore ; par une réaction aussi logique qu'excessive.

Pour réparer le sang qu'avaient perdu... leurs pères,

Les générations suivantes ont été hantées par la préoccupation de se tonifier, de se fortifier. Le commerce des sangsues est tombé dans le marasme ; les lancettes se sont rouillées dans les lancetiers oubliés au fond des tiroirs poudreux ; mais les préparations ferrugineuses ont été l'objet des études les plus attentives des médecins ; on n'a plus discuté s'il était fréquemment utile de donner du fer aux malades, on s'est seulement divisé sur la meilleure manière de le donner ; fallait-il préférer les préparations solubles ou les insolubles ? donner le fer en pilules, en poudre ou en sirop ? voilà quel était le seul point du litige. Mais nul ne doutait de l'efficacité de la médication martiale.

Le quinquina fut généralement admis comme un auxiliaire indispensable du fer, et ces deux complices, *arcades ambo*, ont pendant longtemps régné sur la thérapeutique. Nos contemporains, qui passent pour adorer uniquement le veau d'or et ne peuvent supporter vingt ans le même gouvernement, s'inclinent depuis trente ans sans murmurer devant les pilules de fer et le vin de quinquina.

Puis un troisième astre s'est élevé à l'horizon de la pharmacie, quand les progrès réalisés dans la connaissance des maladies nerveuses ont été connus du public. L'anémie ne fut plus sa seule terreur, le « *troupeau des névroses* » chanté par Baudelaire et Rollinat, ayant pris sa place dans le concert des fléaux de l'époque, fer, quinquina, bromure sont devenus des choses de consommation courante comme le pain, la viande... et l'alcool.

Le seul personnage, dont le consentement n'ait pu être obtenu à cette orgie de médicaments fortifiants ou calmants, c'est l'estomac... Il est pourtant bien intéressé dans l'affaire ; or, il proteste, la chose est claire ; il proteste même, à ce qu'il me semble,

(1) Voyez *Concours médical*, 1882 et 1883. Fer, quinquina et quinine, les bromures, etc.

---

la dextérité réside dans la courbure du pouce arqué en dehors ; c'est une condition *sine qua non* pour le maniement du marteau. Tous les ouvriers d'élite doivent leur précision, dans l'intensité et la justesse des coups qu'ils portent avec le marteau, à la souplesse de la première phalange de leur pouce ; ils doivent leur fortune à ce don naturel, car dans les ateliers la sélection s'impose au profit des plus habiles, de ceux-là seuls auxquels les travaux les plus difficiles et les plus délicats peuvent être confiés. Une seconde caractéristique de l'habileté manuelle est la *faculté de renverser à volonté les phalanges d'attache des doigts* : du plus ou moins de flexibilité de ces articulations dépendent la dextérité et l'habileté dans les travaux exécutés à la lime, au rabot, au tour. « Je n'ai pas rencontré un seul ouvrier dont la main présente les caractères de la dextérité, dit M. Etienne, qui ait manifesté le désir de changer de carrière. Par contre, combien d'autres qui luttent péniblement, faute d'être réellement bien armés pour le travail manuel et qui réussiraient peut-être dans une autre direction ! »

M. Etienne a fait des observations analogues sur le sens de la vue, et là aussi il est arrivé à des conclusions qui ont leur intérêt, sans avoir le même caractère de rigueur. Il a dressé, de concert avec M. Bille, directeur de l'orphelinat Borle, à Dombresson, le tableau suivant des aptitudes physiques reconnues chez les élèves des deux sexes, au nombre de 69 :

Mains reconnues douées de la dextérité. . .	29,4 %
Id. peu habiles	33,8
Id. absolument inhabiles.	36,8
Yeux propres à discerner toutes les couleurs	55,9 %
Moins bien doués et probablement atteints de daltonisme à des degrés divers. . . .	44,1

Ces chiffres parlent d'eux-mêmes. Il est clair que parmi ces enfants, ceux qui ne sont pas doués de dextérité ne réussiront pas dans un métier manuel ; il est clair que ceux qui ont une vue faible ou imparfaite ne doivent pas être dirigés vers une profession qui exige de bons yeux. Ce ne sont là que des indications, un premier pas dans une science à fonder qui devrait préoccuper tous les esprits attentifs. Il faut féliciter M. Etienne d'avoir ouvert la voie.

(*Le Temps.*)

avec une énergie croissante, si j'en juge d'après la quantité de personnes qui souffrent surtout de l'estomac parce que soit spontanément, soit d'après l'avis du pharmacien, ou par les conseils d'un ami, ou même suivant la prescription de leur médecin, elles ingèrent quotidiennement du fer, du quinquina pour combattre l'anémie, et du bromure pour chasser la névrose.

Ayant consacré en ce journal même, il y a quelques années, plusieurs articles à l'étude des indications et du meilleur mode d'administration du fer, du quinquina et des bromures, je suis bien à l'aise aujourd'hui pour dire ce que je pense de l'abus qu'on en fait. Par une coïncidence plus fâcheuse que surprenante, un grand nombre des malades auxquels les médecins trouvent utile de prescrire les médicaments en question ont les voies digestives en médiocre état. Anémiques, chlorotiques, névropathes ont presque toujours mal à l'estomac, et c'est bien naturel, puisque beaucoup de ces malades ont commencé par être des gastropathes.

La principale cause d'anémie est l'insuffisance alimentaire, je ne dis pas la trop faible quantité des aliments ingérés, mais la trop petite partie des aliments *utilisés*, c'est-à-dire convenablement digérés, absorbés et assimilés. Je ne veux pas reprendre ici toutes les causes de l'anémie ; la plus simple qu'on puisse concevoir, c'est celle qui est consécutive aux grandes hémorrhagies, et quand il s'agit d'aider l'organisme à refaire des globules, il est clair qu'on lui facilite la tâche en lui fournissant, sous forme de fer, un des éléments de l'hémoglobine.

La question est déjà plus complexe quand il s'agit de la chlorose vraie. Nous ne savons pas exactement quelle est la cause réelle de la chlorose. Que cette singulière dystrophie de l'hématopoïèse soit la conséquence d'un vice de conformation du système vasculaire, comme on l'a dit, d'un trouble dans l'évolution de l'appareil génital ou du système nerveux trophique, il n'en est pas moins certain que les troubles digestifs sont extraordinairement fréquents dans la chlorose. Quand il n'existe pas de troubles douloureux, il existe dans les deux tiers des cas une dilatation de l'estomac, comme l'a montré mon maître M. Bouchard et comme je l'ai vérifié après lui. Chez bon nombre de chlorotiques, une observation attentive permet de constater l'ectasie gastrique assez longtemps avant l'apparition des signes de dyscrasie sanguine et des symptômes nerveux.

Aussi suis-je très enclin à penser qu'on préviendrait bien des chloroses en surveillant l'hygiène alimentaire des filles, alors qu'elles ne sont encore que des fillettes. En tout cas, la chlorose une fois réalisée, si on constate en même temps des troubles caractérisés de l'estomac, et c'est, je le répète, dans les 2/3 des cas, il faut ne recourir aux ferrugineux qu'avec une grande prudence, ne jamais donner que très peu de fer à la fois et ne jamais le continuer longtemps. Quand on réfléchit que toute l'hémoglobine du sang ne contient guère que 3 grammes de fer, on est stupéfié que, pour rendre au sang 1 gr. 50 ou 2 gr. 25 de fer qui lui manquent dans les cas de chlorose les plus accentués, il ait été nécessaire de faire passer dans les voies digestives des kilogrammes de fer.

M. le professeur Luton (de Reims) a écrit quelque chose qui a semblé paradoxal et que je m'accuse d'avoir tout le premier jugé tel ; il a classé le fer parmi les médications à l'aide desquelles on croit avoir agi d'une certaine façon sur une maladie, alors qu'on est arrivé à son but par une voie tout opposée, de sorte qu'ayant réussi on est de bonne foi dupe de son succès. D'après Rabuteau, toutes les préparations ferrugineuses arrivées dans l'estomac aboutissent en définitive à n'être bientôt que du perchlorure de fer, puis du protochlorure, grâce à l'acide chlorhydrique du suc gastrique ; et M. Luton ajoutait qu'il devenait dès lors indifférent d'administrer du chlorure ferrique ou une simple potion à l'acide chlorhydrique. Je n'affirmerais pas que M. Luton a complètement raison, et j'admets encore, avec M. le professeur Hayem, que dans les cas de chlorose accentuée, avec lésion globulaire profonde, le fer seul apporte aux hématies l'élément nécessaire à leur évolution complète. Mais il est bien des cas où les inhalations d'oxygène et d'air comprimé, l'hydrothérapie, les frictions stimulantes, une alimentation soigneusement surveillée, les amers simples ou excito-moteurs de la fibre musculaire lisse, enfin l'acide chlorhydrique, comme le disait M. Luton, peuvent suffire à guérir la chlorose. Il en est en revanche beaucoup où l'administration intempestive et excessive du fer aggrave les troubles digestifs, transforme l'atonie gastrique en gastralgie, entrave par suite l'alimentation et retarde la guérison définitive.

Si maintenant je laisse de côté la chlorose vraie, pour parler des anémies les plus fréquentes qu'on rencontre à un âge plus avancé, chez les jeunes femmes atteintes d'affections utérines ou d'hystérie, chez les hommes devenus anémiques par suite d'une mauvaise hygiène où l'excès de la fatigue coïncide avec une alimentation vicieuse, que peut le fer dans ces anémies dont le principal facteur est presque toujours une assimilation insuffisante consécutive à une digestion imparfaite ? Le fer ne présente alors qu'une insignifiante partie des éléments qui manquent à l'organisme pour refaire sa *chair coulante* et ses tissus ; ces éléments innombrables, peptones, phosphates, chlorures, sucre, glycérine, l'organisme saura bien les retrouver dans les aliments que vous lui fournirez, si ces aliments, bien choisis par vous, les renferment en proportions convenables, si l'estomac les reçoit sous une forme et en quantité telles qu'il puisse les digérer ou les préparer pour la digestion intestinale, si la contractibilité de sa tunique musculaire est assez énergique, si son suc gastrique est assez riche en acide chlorhydrique, si la circulation et l'innervation de sa muqueuse fonctionnent correctement. En quoi le fer peut-il être utile à la restauration de ces diverses fonctions ?

L'expérience clinique nous met à chaque instant en face d'un fait analogue à celui que je viens de voir et que je vais rapporter brièvement.

Une jeune fille, née de parents névropathes et arthritiques, c'est-à-dire prédisposée aux troubles de

la nutrition, est mal surveillée pendant son enfance au point de vue de l'alimentation; on la laisse manger un peu à son caprice, tantôt beaucoup quand les aliments lui agréent, tantôt pas assez quand ils ne flattent pas son goût. Les heures des repas sont d'ailleurs irrégulières, parce que le père est dans les affaires et que la famille mange quand le père rentre.

La fillette n'a pas trop souffert de cette mauvaise alimentation; mais voici la crise menstruelle qui s'approche, l'organisme est mal préparé à la supporter. Quelques troubles dyspeptiques se montrent. On y fait d'abord peu d'attention; puis survient la décoloration significative des téguments et des muqueuses; la mère de famille s'alarme alors d'autant plus que ses amies lui font remarquer, avec cette attention délicate qu'ont les femmes entre elles, que cette pâleur verdâtre enlaidit la jeune fille, qu'elle a les traits tirés et les yeux battus.

Le docteur est consulté; mais, dans son esprit, par suite de la détestable éducation médicale qu'il a reçue, l'équation suivante « chloro-anémie = chlorose » s'est installée avec une évidence algébrique : il ordonne du fer et du quinquina. Les choses ne vont guère mieux; il varie les préparations ferrugineuses, sans succès.

Un autre médecin est appelé : en présence de la ténacité de cette anémie, celui-ci se dit : Défions-nous; surveillons les poumons. Il ausculte et ne trouve pas grand'chose; quelquefois, cependant, il constate une certaine tendance aux bronchites, et conseille d'orienter la médication du côté de la tuberculose : sulfureux, arsenicaux, vin créosoté, font leur apparition, et toujours le vin de quinquina les accompagne.

Les années se passent, la jeune fille est devenue extraordinairement nerveuse, enragée de maigrir, de rester pâle, d'être droguée sans cesse et de ne pas aller mieux. Elle a l'appétit de plus en plus capricieux et quelquefois ne mange presque plus ou vomit fréquemment. Un troisième médecin, instruit par les échecs de ses prédécesseurs, diagnostique hystérie gastrique, et bromures de sévir, conjointement avec une hydrothérapie féroce. L'hydrothérapie serait bonne, conduite avec ménagement, mais les bromures n'améliorent pas l'état de l'estomac.

Et le martyre de la pauvre fille, accru par la conscience des angoisses que sa santé cause à ses parents, va continuer jusqu'au jour où un médecin s'apercevra, en analysant cette longue et douloureuse histoire, que ce qui a précédé la chlorose, le nervosisme et la pseudo-tuberculose, c'est la détérioration des voies digestives. S'il obtient de la famille la cessation de toute médication et une organisation plus habile de l'alimentation, il guérira la jeune fille, s'il en est temps encore. Mais, parfois il n'arrivera qu'à faire disparaître ses souffrances les plus cruelles; elle gardera toute sa vie un mauvais estomac. Trop souvent aussi la tuberculose, la vraie cette fois, fera son apparition, l'organisme débilité étant devenu un excellent terrain de culture pour les bacilles pathogènes qui l'environnent.

Pourquoi cette erreur si fréquemment commise par les médecins? — Parce que, dans leurs préoccupations l'hygiène alimentaire ne tient pas assez de place; — parce qu'il est plus vite fait et plus facile de prescrire des médicaments que de convaincre une famille de la nécessité de réformer son hygiène alimentaire; — parce que les médecins se font les complices du public en lui laissant croire que les *fortifiants* et les *calmants* peuvent rendre la santé aux anémiques et aux névropathes, sans qu'ils aient rien à changer à leurs habitudes sociales ou professionnelles.

Le sujet est trop long pour que j'aie la prétention de l'épuiser aujourd'hui; mais j'y reviendrai quelque jour.

Paul Le Gendre.

CHRONIQUE PROFESSIONNELLE

Charlatans et mauvais confrères.

Monsieur le Directeur,

Votre journal est bon et rédigé avec goût. Vous mettez une juste persévérance à défendre et à propager des idées utiles : vous avez de la suite; vous réussirez. Mais que d'obstacles à briser! — Ce ne sont pas les ennemis profanes du corps médical qui sont à redouter tant que cela! C'est l'armée des médecins qui est mal composée, sans chefs réels, sans soldats dignes de ce nom, unis par un haut intérêt commun et ayant autant de foi en son drapeau que de respect et de protection pour lui! On pourrait peut-être l'expliquer par la concentration des trois Facultés anciennes, où convergeaient les étudiants de la France entière, et d'où la nuée des jeunes docteurs s'éparpillait un peu au hasard, la plupart allant dans des régions où ils étaient absolument étrangers, poussés par le renom d'agrément ou de richesse de tel ou tel département. La famille médicale se composait donc d'inconnus, de méridionaux exerçant dans le nord et vice-versa, de Polonais, d'Espagnols, etc., etc., et la formule de tous ses membres était d'une simplicité remarquable : « Chacun pour soi ». Et puis, il y avait de la part des pouvoirs publics de ce temps une tolérance singulière — frisant la complicité — pour les congréganistes, les rebouteurs et pour *tous* les autres charlatans. Les rebouteurs avaient une forte clientèle et pouvaient disposer d'une solide influence en matière électorale. Il en allait de même — et mieux encore — pour les congrégations. C'était à ménager! Aussi maints médecins, non seulement n'osaient se plaindre des illégaux, mais encore recherchaient leur amitié, leur patronage et endossaient de vives responsabilités. Je pourrais citer un ancien interne des hôpitaux qui fut appelé un jour pour constater une mort, qu'on prétendait subite. C'était chez un septuagénaire qui avait fait une chute : son cou « *était tordu* ». Un rebouteur avait saisi la tête entre ses mains et lui avait fait exécuter des mouvements — *à lui*! Le cou s'était redressé, mais pas le bonhomme; il en était mort! Le docteur vint en toute hâte et donna un certificat constatant une mort subite par apoplexie cérébrale. Il faut dire que le rebouteur était riche — bien apparenté, en grand renom, et qu'il occupait, dans la municipalité, d'éminentes fonctions.

Vous avez entendu parler du curé de *Pioussais*, dans les Deux-Sèvres. Le duc de B.., alors qu'il fai-

sait marcher la France, serait venu le consulter ! Et que d'autres, non moins illustres ! Deux diligences faisaient un service régulier et annoncé dans les journaux, de Niort à Pioussais ! Maintenant c'est de la station de *Melle* que part le courrier qui dessert l'officine de ce charlatan sacré. Qui s'en est plaint, pendant si longtemps ? qui aurait osé s'en prendre à un ami si influent, à un gaillard dont la maison attirait chaque jour des flots d'équipages armoriés et de véhicules de toute sorte, à un saint homme se dévouant pour l'humanité — payante — et sachant extraire, sans douleur et avec tant d'onction tant de pièces de cent sous ? — L'an dernier, pourtant, on a relevé contre lui 3 contraventions ; ci 15 francs d'amende.

Par la même occasion on lui a administré une miette de prison pour avoir déblatéré en chaire contre le gouvernement qui a la naïve imprudence de le payer. A-t-il fait sa prison ???? Ce qui est sûr, c'est que sa renommée qui, auparavant, ne montait qu'au ciel, va, maintenant, bien au delà de l'Empyrée !

C'est incroyable la quantité de rebouteurs, de dormeuses, de sorciers, de toucheurs, etc., exerçant publiquement leur métier — à jour et à heure fixes — ayant pignon sur rue, et que les maires laissent parfaitement tranquilles, et que les parquets saluent bien bas et que plus d'un médecin — hélas ! — fréquente, choie et protège par crainte ou par intérêt !

La pensée des *Syndicats* est excellente ; mais qu'ils ont été mal organisés ! Il est vrai que le temps pressait, qu'on voulait les créer de toutes pièces, quitte à les améliorer après. Il est arrivé que les premiers médecins qui se sont réunis ont formé d'eux-mêmes le noyau des Syndicats. Ç'a été une coaptation réciproque et générale. Eh bien, dans ces organes — essentiels à votre sens, et au mien — de solidarité et d'action professionnelle, se trouvent une foule de gens qui ne devraient pas y être. Je sais quelque part un docteur X., qui, un jour, a joué à un Dr Z., l'aimable tour suivant : Z. soignait un enfant. A son insu, les parents font venir le Dr X., par parenthèse, grand ami — en paroles — du Dr Z., et lui demandent son avis, vu que le Dr Z. ne guérissait pas assez vite le malade. Le Dr X., sans s'inquiéter de son confrère, examine l'enfant et laisse sur la table un méchant bout de papier contenant ces mots laconiques : « fièvre typhoïde », sans autre chose. — Aimable diagnostic *confraternel* !

Le Dr X. est président d'un Syndicat, dès son origine. Comme enseigne, c'est peu engageant (1).

Des faits ! mais chaque médecin consciencieux et observateur en a plein les mains et plein la mémoire, des faits qui ne sont pas à l'honneur de trop de membres de notre profession.

Parmi les praticiens, beaucoup ne croient guère à la médecine et la très grande majorité ne l'exerce que comme un *métier*, le plus lucrativement possible.

Faire de la médecine pour la médecine ! Quelle niaiserie ou quelle duperie ! Mission humanitaire ! Sacerdoce ! tout autant de grands mots, vides, ronflants, par conséquent, et qui ne sont point cotés !

Aussi bien, en quelle estime tient-on le médecin, du haut en bas de l'échelle sociale ? C'est un ouvrier, un manœuvre, qu'on réclame, et d'urgence — à sa guise, — qu'on paie, en rechignant ou en marchandant quand on le paie, — qu'on quitte par caprice, par mode ou par intérêt, et qu'on reprend de même, qu'on exalte, sans motifs, quand il plaît, et qu'on vilipende, sans raison, quand il a perdu les bonnes grâces du chat, du perroquet ou du Directeur, — qu'on délaisse pour le premier charlatan — mâle ou femelle — venu ; — envers lequel un solde de compte tient quitte de tout et qui, en somme, ne paraît avoir d'autre utilité que de veiller à la porte de la santé comme un concierge et de se précipiter sur la maladie comme un chien de garde (fortement patenté). Un pourboire et un os sont une honnête récompense !

Cet état de choses, plus vrai qu'on ne serait tenté de le croire, pousse nombre de médecins à user de diverses représailles envers une société si absurde, et de là naît cette légion de diplômés courant littéralement le cachet comme un steeple-chase, — intriguant pour avoir telle place officielle, — médisant des « chers confrères », les calomniant, les trahissant, — faisant du rabais à outrance, du zèle à tout casser, de la concurrence à bride-abattue, de la réclame occulte ou patente, à faire rougir le casque de feu Mangin, ce parangon du Boniment ! Et ce n'est pas du jour au lendemain que se modifieront ces tristes mœurs !

Je m'étonnerais — si cela m'arrivait encore — de ce que quelques magistrats ou autres personnes aient refusé aux Syndicats médicaux les bénéfices sociaux qu'ils accordent à tous les marchands de n'importe quoi, lorsqu'on voit la façon plus que mercantile dont en usent nombre de médecins ! Ah ! les portefaix se déchirent moins entre eux que la plupart de nous, et nous rendons bien facile le reste de notre débandade et de notre dépéçage aux hordes hostiles et faméliques des Illégaux.

Sans revenir aux férules, il est indispensable que les Facultés s'occupent de relever la dignité professionnelle et d'apprendre aux étudiants quels seront, plus tard, leurs devoirs vraiment confraternels. Pourquoi pas un cours officiel de déontologie médicale ? Les agrégés ne manquent pas (1).

Ce n'est qu'en *parfaisant* l'individu, l'étudiant, le médecin, qu'on arrivera à créer un corps médical ayant cohésion, force et valeur, pouvant attaquer, sachant se défendre et, par-dessus tout, *s'estimer* et *s'aimer*.

Honorons-nous nous-mêmes. Etudions-nous, connaissons-nous, et marchons unis, sans pédanterie, sans pose, travaillant pour vivre, n'étant ni juifs ni lévites.

Courage à vous et à vos lieutenants dévoués.

Cordiale poignée de main. Dr P.

Les Médecins et les Pharmaciens.

Monsieur le Directeur,

Le conflit, chaque jour plus fâcheux, qui existe entre le pharmacien et le médecin de campagne, a été traité d'une façon bien remarquable, et de main de maître, ces jours-ci, dans votre excellent journal, par des arbitres dont je n'ai point l'autorité, et encore moins le talent.

Voulez-vous, néanmoins, me permettre de prendre la parole, grâce à un mérite bien *rare*, celui d'avoir à vous offrir une expérience de *50 ans*, et des réfle-

(1) Ce fait, fût-il exact, ne touche pas à l'institution, et s'il est exact, les membres du Syndicat sauront se débarrasser d'un pareil président ! A. C.

(1) Voilà longtemps que ces cours ont été proposés par M. Dulaurier qui est chargé d'en rédiger les articles.

xions semi séculaires, aussi désintéressées, par conséquent, et aussi justes que... *mûres* !

Je suis affligé en voyant ce qui se passe ; j'ai, d'un autre côté, l'esprit libre d'un témoin impartial.

Dans ma longue carrière, j'ai passé 47 ans à l'abri du fléau qui menace, aujourd'hui, de nous anéantir.

Oui, l'envahissement de nos cantons, qui se fait aujourd'hui, sur une si formidable échelle, par les pharmaciens, doit être considéré comme un arrêt de mort, pour cet ami si précieux, pourtant, de l'humanité qui se nomme : Le médecin de campagne.

Est-ce au Pharmacien que nous avons à nous en prendre, pour cela ? Non, il est bien libre, lui aussi, de choisir son champ de bataille, pour son petit combat de la vie ; ce que nous devons accuser, c'est cette ennemie, si souvent invincible, qui se nomme : *La force des choses*.

Or, en vertu des droits que lui donne *la force des choses*, le terrain n'étant pas assez large pour deux, le pharmacien usera des moyens bien faciles qu'il possède, pour exterminer le médecin, tout en le couvrant de compliments et de couronnes, c'est bien entendu !

Il n'est pas au monde une vérité plus facile à démontrer que celle-là.

Le médecin de campagne a une peine inouie... Soit ! c'est son affaire, pourquoi est-il allé se fourrer dans cette galère ?

Mais, vous le savez très bien, mon cher confrère, à côté, ou plutôt, au-dessus de cette... affaire, il y en a une autre pour le médecin, c'est la nécessité de vivre d'une façon digne de la corporation à laquelle il appartient.

Eh bien ! à dater du jour où le petit *cumul* si naturel, et si légitime, que vous savez, sera supprimé, le médecin de campagne sera dans l'impossibilité absolue — par suite des exigences énormes de son *outillage* — de faire arriver le chiffre de ses rétributions au taux qui lui est nécessaire, s'il n'a pas d'autres ressources.

Dans le corps médical, Dieu merci ! dans celui des villes surtout, nous pouvons compter des confrères très nombreux qui ont de la fortune. — Dans nos campagnes, aussi, nous voyons quelques heureux mortels qui exercent la profession médicale dans leurs terres... c'est très bien !... ceux-là sont hors de cause.

Mais je parle de ceux qui ont un sort semblable à celui des prolétaires de l'industrie, c'est-à-dire des infortunés qui, pour vivre, auront le produit de leur travail et rien autre chose.

Nous avons dans nos rangs, aujourd'hui, un nombre chaque jour croissant de ces pauvres aveugles, dont le dépit doit être plus cruel, mille fois, que celui des prolétaires de l'industrie.

Chez ces derniers, en effet, c'est le patron qui dévore l'ouvrier, son inférieur ; tandis que, dans notre monde à l'envers, à nous, c'est l'ouvrier, le pharmacien, qui dévore son patron, le médecin.

Au point de vue de la hiérarchie, nous avons le premier rang... à merveille ! Mais quant à la réalité, nous avons le sort du croqué... grand merci !

Le seul petit cumul sur lequel le médecin de campagne pourra compter désormais sera celui de la misère avec les déceptions les plus amères.

Ce n'est pas tout. La suppression de notre modeste et indispensable officine ne suffit pas au pharmacien.

Afin de conduire au trépas, d'une façon bien certaine, le rival qu'il honore... voire même qu'il adore... le pharmacien a un autre moyen plus puissant encore.

C'est la suppression, à son profit, du plus précieux fleuron de notre couronne.

Parmi les maladies, en effet, qui constituent le bilan de l'humanité, il y en a un très grand nombre, dieu merci ! qui sont sans danger, légères, agréables à soigner, faciles à guérir. Je ne serai certainement pas loin de la vérité, en disant qu'elles forment les trois quarts, au moins, de notre catalogue.

Quinze sur vingt... eh bien ! parmi ces quinze clients, qui sont du bon côté, combien y en aura-t-il pour nous ? Quelquefois pas un seul.

C'est, en effet, les pieds dans ses pantoufles, que le pharmacien, qui n'a besoin, lui, ni de voitures, ni de chevaux, ni de cochers, ni de manteaux, ni de fourrures, distribue, chaque matin, sa tisane à ce dyspeptique ; son élixir de longue vie... à ce surmené ; ses pilules à ce céphalalgique, à ce névralgique ; son opiat ferrugineux à cette chlorotique ; son baume opodeldoch à ce rhumatisé et le reste... et le reste !...

Oui. C'est doucement que le pharmacien passe sa vie à traiter les maladies *légères*.

Tandis que *nous*, c'est contre les maladies aiguës, au milieu des dangers et des inquiétudes que nous avons sans fin et sans cesse à batailler.

Et quand bien même nous recevrions quelquefois, à l'occasion de certaines victoires, plus ou moins glorieuses, les compliments les plus chaleureux, pour nous dédommager des reproches injustes dont, bien plus souvent, hélas ! nous sommes accablés, qu'est-ce que cela pourrait bien faire, je vous le demande, à l'équilibre de notre budget ?

Demandez à votre percepteur, si ce sont les grosses cotes qui lui permettent de faire vivre son excellent maître : *l'État* ?

Et quant à cet excellent maître, qui se préoccupe si peu de notre misère, demandez-lui combien il lui faudrait de temps, à lui, pour crever de faim, si, à côté des grosses cotes, il n'avait pas les petites ?

Ce sont là des questions bien difficiles, et nous voilà devant un bien terrible : comment faire ?...

Espérons, toutefois, que les généreux et infatigables esprits, qui sont aux prises, à l'heure actuelle, avec un si grand nombre de problèmes, trouveront la solution de celui qui nous concerne, et quelque chose à mettre à la place de cette brutale et impitoyable *force des choses* qui nous tue.

En attendant, je vous prie d'agréer mes compliments les plus sincères, pour le dévouement et l'habileté avec lesquels vous défendez les intérêts de notre profession, ainsi que mes sentiments de cordiale et reconnaissante confraternité.

Dr BONNAIN,
Vice-Président de l'Association médicale des Deux-Sèvres.

RENSEIGNEMENTS THÉRAPEUTIQUES

Rob iodo-tannique.

(Dr EBRARD).

Pour 500 grammes de sirop de café
8 grammes de teinture d'iode iodurée (teinture composée, Dorvault).
4 grammes de teinture de belladone.

On fait un sirop concentré (formule du Codex) ;

lorsqu'il est refroidi, on incorpore les deux teintures.

On n'ajoute pas de tannin ; celui qui est contenu dans le sirop de café suffit. Pour éviter les cristallisations, on doit ajouter deux ou trois cuillerées de miel ou de mélasse.

Tenir les bouteilles dans un endroit frais, afin d'éviter la fermentation.

On donne deux cuillerées à *dessert* de rob par jour aux adultes et deux cuillerées à café aux enfants.

On peut le prendre pur ou après les repas dans le café.

Traitement des convulsions des enfants.

(Dr J. Simon.)

La cause la plus fréquente des convulsions chez les enfants, jusqu'à l'âge de 2 ans, est l'indigestion, quand les convulsions ne sont pas accompagnées de fièvre.

Dès que l'on est appelé auprès d'un enfant qui a des convulsions, il faut de suite lui administrer un lavement purgatif et un vomitif (sirop d'ipéca mélangé à de la poudre d'ipéca) aussitôt que le trismus des mâchoires permet de faire prendre cette substance par la bouche.

Si les convulsions persistent, il ne faut pas d'excitant sur la peau, pas de vésicatoires, pas de sinapismes. Prescrire alors des inhalations d'éther à plusieurs reprises, puis une potion ainsi composée :

Bromure de potassium	4 grammes
Musc	0 gr. 20
Hydrolat de tilleul	āā 50 grammes
— de fleurs d'oranger	
Sirop simple	20 —

F. S. A.

A donner par cuillerées à café, de quart d'heure en quart d'heure. Si les convulsions ne s'arrêtent pas, on administre un lavement au chloral (0 gr. 50 à 1 gr. de chloral dans un jaune d'œuf).

Si les convulsions se calment, on constate de deux choses l'une, ou l'enfant a de la fièvre : ou il n'en a pas. Si les convulsions continuent et que l'enfant n'ait pas la fièvre, on prend de la farine de moutarde délayée à froid et on la verse dans de l'eau chaude ; on y maintient l'enfant pendant quelques instants, et on le replonge dans ce bain sinapisé, si les accidents ne s'arrêtent pas.

Si l'enfant a de la fièvre, on ne lui administre pas de bain sinapisé.

Les convulsions persistant, on enveloppe ensuite l'enfant dans des bottes de ouate, de façon à lui faire prendre un bain de vapeur constant.

On prescrira une alimentation légère, du lait coupé, du bouillon coupé, etc., etc., sinon l'on ne manquerait pas de produire une nouvelle attaque de convulsions consécutive à une indigestion.

BULLETIN DES SYNDICATS
ET DE
L'UNION DES SYNDICATS

DIRECTEUR : Dr BARAT-DULAURIER

Nous extrayons du bulletin des Vosges, selon la promesse que nous en avons faite à la séance de l'*Union* du 7 novembre, le travail suivant de M. Lardier (de Rambervillers).

La patente des Médecins militaires.

Les journaux militaires qui se sont occupés de la question de la clientèle civile des médecins militaires ne l'ont envisagée qu'au point de vue exclusivement militaire. Nous ne saurions les en blâmer.

L'élément civil ne devait pas les intéresser, cela se conçoit de reste, de même que les considérations militaires qu'ils présentent n'ont, en ce qui nous regarde, qu'un intérêt tout à fait secondaire.

Après les développements dans lesquels nous sommes entrés précédemment, nous allons placer la question sur un nouveau terrain, sur le terrain exclusivement civil. C'est une mine que nous n'avons pas encore fouillée et nous pouvons affirmer que maintenant que nos recherches de ce côté n'auront pas été vaines.

Il est superflu de démontrer que la cause que nous soutenons est des plus justes et que nos revendications sont des plus légitimes. Pour en donner une preuve nouvelle, je citerai simplement les paroles que prononçait M. Méline à notre réunion de septembre 1885.

« J'ai trouvé vos griefs, tels que vous les formu-« liez, absolument légitimes. Il n'est pas possible « d'admettre que le médecin militaire qui doit tout « son temps à sa fonction, qui reçoit pour cela un traite-« ment de l'Etat et qui ne supporte au point de vue « professionnel aucun impôt, soit autorisé à entrer « en concurrence directe avec vous, qui avez tout le « poids de la vie et des charges publiques. Sur ce « point, il ne saurait y avoir deux opinions et « je suis convaincu que vous triompherez, en prin-« cipe, parce que vous avez raison. »

Notre droit est donc en dehors de toute contestation. Il nous reste à le faire reconnaître, ce que nous n'obtiendrons pas sans labeur. Jusqu'à présent nous avons vainement essayé de nous faire entendre de l'autorité militaire ; il n'est pas dit que l'on sera toujours sourd à notre voix. Les nouvelles démarches que nous nous proposons d'entreprendre nous le prouveront ultérieurement ; mais nous devons constater que jusqu'à présent nous n'avons pas su nous faire écouter. La raison en est bien simple. Ainsi que le constataient les journaux militaires, il est des médecins militaires de haut grade, qui occupent à Paris une situation civile de premier ordre ; c'est derrière ces personnalités éminentes que se retranchent les médecins militaires de grade inférieur qui se livrent avec ardeur à la pratique civile. Ce qui est permis aux têtes de ligne doit être toléré chez eux. La logique le commande, car, ayant tous le même diplôme, ils doivent avoir tous les mêmes droits. Il est incontestable que l'administration de la guerre est obligée d'avoir des ménage-

ments pour ces hauts dignitaires, et elle vexerait certainement ces derniers, ce qu'elle ne veut pas, en leur interdisant d'avoir une clientèle civile. Je suis persuadé que, si cet obstacle n'existait pas, il y a longtemps que le Ministre de la guerre aurait rappelé, comme il l'a fait pour d'autres, tout son personnel médical à ses fonctions exclusivement militaires. Malgré cela, la question n'est pas définitivement jugée, et il est permis d'espérer que les nouvelles tentatives que nous allons faire seront plus heureuses que les précédentes

En attendant, ramenons les médecins militaires qui ont une clientèle civile sur le terrain civil.

Nous avons entre les mains une arme que nous avons eu peut-être tort de négliger au commencement de cette campagne. Je veux parler de la *patente*. Les médecins militaires sont loin de demander à être patentés, nous le savons, mais sont-ils patentables ? S'ils sont patentables, pourquoi ne sont ils pas tous patentés ? et étant patentés, pourquoi ne sont-ils pas soumis à toutes les obligations qui incombent aux médecins civils ?

C'est sous ces trois aspects que nous allons étudier ce sujet, et les considérations que nous allons présenter nous dicteront clairement la conduite que nous aurons à tenir, les voies et moyens que nous devrons utiliser pour aboutir.

Mais, avant de décider si les médecins militaires sont patentables, il est urgent de se demander s'il est rationnel, juste, digne, d'employer dans nos revendications, ce moyen de défense. Pour moi, la chose ne saurait faire de doute. Il n'est pas admissible que des médecins qui, du fait de leur situation militaire, ont déjà tant d'avantages, puissent par le seul fait de cette situation militaire se soustraire aux charges (que nous supportons) de leur clientèle civile, et n'en avoir que les profits. Cela serait par trop absurde. Quand on songe qu'aux termes de la loi, un médecin civil donnant ses soins *gratuits* à des indigents ou dans un établissement hospitalier reste, *ipso facto*, soumis aux droits de la patente (Décision du conseil d'Etat. Voir Briand et Chaudé. 1880, page 379), un médecin militaire, possédant une clientèle très lucrative, serait par le seul fait de sa situation militaire, qui est déjà une source de revenus, exempt de cette redevance. Ce serait combler la mesure.

Il n'est permis à personne de s'écarter de la loi civile ou militaire, on nous l'a bien prouvé. La loi qui veut que tout citoyen qui tire profit de son métier, pour lequel sa profession est une source de revenus, soit soumis aux droits de patente, est aussi bien faite pour les médecins militaires que pour nous. Que chacun la respecte. Il est donc de toute justice (*æquum, justum et salutare*), qu'ils soient soumis à la patente.

Sont-ils patentables ? Les faits répondront pour nous. Il est des médecins militaires qui paient, d'autres qui ont payé patente. Des renseignements que nous avons recueillis ces temps derniers ne sauraient à cet égard laisser subsister la moindre incertitude dans notre esprit. En effet, M. le Directeur des Contributions directes, auquel nous avons écrit à ce sujet, est très affirmatif : « Les médecins militaires qui, en dehors de leur service, ont une clientèle civile sont imposables aux droits de patente (Arrêt du 12 mai 1882. Baudon. Alpes-Maritimes). Tous ceux qui se trouvent dans ce cas doivent être patentés. »

Si tous les médecins militaires qui ont une clientèle civile ne sont pas patentés, cela tient, je ne veux pas dire à la négligence, mais à l'ignorance des agents qui sont chargés du contrôle. Dès aujourd'hui nous avons la certitude qu'il suffira que M. le Directeur des Contributions directes connaisse les noms des médecins militaires qui ont une clientèle civile pour que, sans autre délai, ils soient soumis au droit de patente. S'il le faut absolument, nous stimulerons le zèle des agents de l'administration, et nous n'aurons pas la moindre répugnance à le faire. Notre grandeur d'âme ne va pas jusqu'à sacrifier de gaîté de cœur les moyens légitimes, honnêtes, de nous défendre, puisque les médecins militaires qui veulent faire de la clientèle civile sans payer patente, n'ont pas la grandeur d'âme de rester confinés dans leurs fonctions militaires.

Nous pouvons donc dire que, dorénavant, tous les médecins militaires, ayant une clientèle civile, seront, d'une manière ou d'une autre, soumis à la patente.

A partir de ce moment, en qualité de patentés, les médecins militaires vont dépendre, comme tous les patentés, des ministres du commerce et de la justice. Je ne veux pas m'arrêter sur le conflit qui pourrait surgir à l'occasion entre le ministre de la guerre, qui croit disposer seul de son personnel militaire, et le ministre du commerce, duquel dépendra de même le médecin militaire patenté. Nous n'aborderons pas ces sommets, mais nous nous pénétrerons d'un mot de l'ancien Président de la République des Etats-Unis, Ulysse Grant, disant que *le meilleur moyen d'arriver au rappel d'une loi odieuse est d'en exiger l'impitoyable application.*

Patenté, le médecin militaire doit avoir les charges qui incombent aux autres médecins patentés. Il sera de toute justice que l'administration préfectorale, que l'autorité judiciaire usent de leurs lumières et de leur concours, lorsque l'occasion s'en présentera. Ils ne devront pas pouvoir opposer leurs fonctions militaires au cas de flagrant délit, et l'article 475 § 12 du Code pénal, que nous connaissons si bien, leur sera directement applicable.

En un mot, nous devons demander et nous demanderons qu'ils soient placés sur le même pied que nous et que les pouvoirs civils, dont nous dépendons, ne fassent entre eux et nous aucune différence. La logique, la raison et la loi l'exigent.

On voit d'ici la situation toute particulière dans laquelle vont se trouver ces médecins civils et militaires. La question, dès ce moment, aura fait un grand pas vers sa solution définitive, car nous ne devrons pas négliger d'éclairer l'opinion publique et le ministre de la guerre sur ce nouvel état de choses.

Un ancien médecin militaire, devenu médecin civil, nous affirmait qu'aucun ministre de la guerre ne tolérerait que ses médecins militaires puissent échapper, par la patente, à sa juridiction directe, exclusive. Nous le croyons sans peine. Encore faut-il que nous en ayons la certitude, et sûrement une nouvelle pétition au ministre de la guerre, transmise par un autre canal que celui que nous avons adopté l'an dernier, aura plus de chance d'arriver à destination que notre précédente supplique.

Il y a du reste un moyen que nous tenons en réserve et que nous utiliserons, s'il est nécessaire, c'est d'intéresser le grand public à ce débat. Pour moi, je n'y verrais pas le moindre inconvénient. Je serais heureux qu'une certaine agitation, en dehors

de notre rayon médical, se fît par les journaux politiques, autour de cette question. La victoire serait certainement de notre côté, parce que, comme le disait M. Méline, *sur ce point il ne saurait y avoir deux opinions, et parce que....... nous avons raison.*

Dr LARDIER.

Syndicat médical d'Indre-et-Loire

Séance du 15 *avril* 1886.

Le jeudi 15 avril 1886, à 3 heures, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire s'est réuni à la Préfecture, à Tours, sous la présidence de M. H. Thomas.

Etaient présents : MM. Lemarié, Delavente, de Mangell, Garrigue, Gaultier, Auguste Chaumier, Gasté, Bonamy, Joire, Pathault, Lefèvre, Bouquet, H. Thomas, Edmond Chaumier.

Le secrétaire lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Le président entretient l'assemblée des travaux de la commission de la médecine gratuite. Tous les mémoires ont été examinés avec soin par une sous-commission ; un certain nombre doivent être revus par la commission qui opérera les réductions nécessaires lorsque les notes paraîtront exagérées. Beaucoup de notes de pharmaciens ont été réduites.

Bien que la commission n'ait pas encore terminé son travail, il paraît certain que, s'il y a une réduction cette année, elle sera insignifiante.

Deux sages-femmes ont osé présenter des notes de pharmacie ; s'étant ainsi rendues coupables d'exercice illégal de la médecine et de la pharmacie, il y a peut-être lieu de demander à la préfecture de sévir contre elles.

La commission semble disposée à réclamer l'annulation des mémoires et même des poursuites.

Le Syndicat partage cet avis.

M. Thomas annonce ensuite que des démarches ont été faites par le secrétaire et par lui auprès de l'Inspecteur des enfants assistés pour arriver à reviser les circonscriptions d'inspection des enfants en nourrice.

Un résumé des changements demandés par nos confrères a été remis à l'inspecteur, qui tout d'abord paraissait bien disposé, et qui plus tard l'était beaucoup moins. Cependant, il faut espérer que nous arriverons bientôt au résultat désiré.

Le syndicat admet ensuite qu'il faudra, lorsque le moment paraîtra propice, agir auprès des députés et sénateurs pour les engager à voter la loi sur l'exercice de la médecine, loi qui nous permettra, en punissant sévèrement l'exercice illégal, de nous mieux défendre contre nos ennemis.

Le bureau se chargera de rédiger une pétition qui sera adressée à tous les membres pour la signer.

Le secrétaire communique à l'assemblée les modèles de comptabilité médicale qu'il s'est procurés de divers côtés.

Le Syndicat rappelle ensuite que, dans une séance précédente, il avait été convenu que le syndicat et l'association se réuniraient un même jour et feraient un banquet commun ; que cette réunion et ce banquet n'ont pas encore eu lieu et qu'on pourrait les faire en juillet.

L'association a bien voulu, à cause de cela, faire à Tours la réunion qui devait avoir lieu à Chinon.

Il est décidé que le bureau du Syndicat s'entendra avec celui de l'Association pour fixer le jour de la réunion de juillet et qu'on fera un banquet commun.

Le président invite les membres présents à s'inscrire ; la cotisation est fixée à 10 francs. Plusieurs membres s'inscrivent.

La séance est levée à 4 heures.

Dr EDMOND CHAUMIER.

Séance du 15 *juillet* 1886.

Le jeudi 15 juillet 1886, à 4 heures, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire s'est réuni à la Préfecture de Tours, sous la présidence de M. Hippolyte Thomas.

Étaient présents : MM. Garrigue, Gandeau, Héron, Delacou, Grillard, Schoofs, Menier, Durand, Bruneau, Lemarié, Joire, Lemesle, Delavente, Bourgougnon, Ménier, Boutier, Serée, Guérault, Louis Thomas, Sainton, Archambault, Fey, de Mangell, H. Thomas, Edmond Chaumier.

S'étaient excusés : MM. Coureau, Gasté, Roux, Salutrynski, Chaumier (de Bléré).

Le secrétaire lit le procès-verbal de la dernière séance qui est adopté.

Le président dit que la réduction sur les mémoires de la médecine des indigents n'a été cette année que de 2 %, et que, par conséquent, il n'y a pas trop lieu de se plaindre.

Il communique ensuite une lettre du docteur Barat-Dulaurier qui demande au syndicat de vouloir bien contribuer pécuniairement à couvrir les frais considérables qu'entraînera un procès intenté par une famille à un de nos confrères, membre du syndicat du Havre, qui aurait refusé de délivrer un certificat énonçant la cause du décès d'un de ses clients et destiné à être fourni à une compagnie d'assurances sur la vie.

Ce procès est la contre-partie du procès Watelet, qui a été condamné pour avoir violé le secret professionnel en défendant la mémoire d'un ami.

En sa qualité de secrétaire général de l'Union des Syndicats médicaux de France, le Dr Barat-Dulaurier demande également l'adhésion du Syndicat médical d'Indre-et-Loire aux statuts de l'Union.

Le Syndicat vote successivement une somme de 100 fr. qui sera mise à la disposition du Syndicat du Havre et son adhésion à l'Union des Syndicats.

M. Hippolyte Thomas dit ensuite que le secrétaire du Syndicat a eu une entrevue avec l'archevêque de Tours, et qu'il a demandé à ce dernier, au nom du syndicat, quel serait le moyen d'empêcher l'exercice illégal de la médecine par les religieuses.

L'archevêque a paru très bien disposé pour les médecins, a affirmé qu'il ne reconnaissait aux religieuses aucun droit à faire de la médecine, et qu'il croyait facile de faire cesser l'illégalité dont on se plaignait. Il conseillait de rechercher la maison mère des religieuses qui pratiquaient l'exercice illégal et d'écrire à la supérieure ; dans le cas où cette dernière n'agirait pas auprès de ses subordonnées dans le sens demandé, d'en référer à l'évêque du diocèse dont dépendait la communauté.

Le président prie les membres du syndicat qui auraient à se plaindre d'exercice illégal de la médecine par les religieuses de vouloir bien adresser au secrétaire tous les détails nécessaires, afin de pouvoir dresser un dossier de l'exercice illégal dans le département et ensuite essayer de le combattre.

Après cette communication, M. Sainton entretient le syndicat de la condamnation d'un rebouteur bien connu à Tours. Grâce au rapport qu'il a fait sur cette affaire, le rebouteur a été condamné non seulement pour exercice illégal, mais encore pour blessures involontaires ayant occasionné la perte prolongée de l'usage d'un membre. Cette double condamnation permettra au blessé de demander des

dommages-intérêts, ce qui, ajouté aux frais du procès et à l'amende, fera une condamnation suffisante pour rappeler au rebouteur qu'il n'a pas le droit de masser les fractures du bras avec si peu de ménagement.

La séance est levée à cinq heures ; les membres se rendent au banquet, fait en commun avec l'association.

Dr Edmond Chaumier.

Séance du 1er octobre 1886.

Le vendredi 1er octobre, à 3 heures, le Syndicat médical d'Indre-et-Loire, s'est réuni à la préfecture, à Tours, sous la présidence de M. H. Thomas.

Etaient présents MM. Gaudeau, Meunier, Gaultier, Soubie, Fey, Garrigues, Denis, Lemarié, Robert, H. Thomas, Edmond Chaumier.

S'étaient excusés : MM. Lehee, Huret, Bonamy, Chaumier (de Bléré).

Le secrétaire donne lecture du procès-verbal de la dernière séance, qui est adopté.

Le président annonce la mort du Dr Lemesle, de Bourgueil. Notre regretté collègue était un des membres fondateurs du syndicat. En sa qualité de conseiller général, il avait plusieurs fois appuyé de son autorité les revendications du corps médical. Le syndicat s'associe aux regrets exprimés par le président.

Le bureau a reçu deux nouvelles adhésions, celles de M. Thierry, de Tours, et de M. Robert, de Esvres ; il propose d'admettre ces deux collègues. L'admission est prononcée à l'unanimité.

Le président donne lecture de deux lettres du Dr Margueritte, président du syndicat du Havre, par lesquelles notre confrère remercie le syndicat d'Indre-et-Loire de l'appui moral et matériel donné au syndicat du Havre dans l'affaire Boutan, et fait savoir que l'issue du procès ayant été favorable et la dépense minime, on ne mettra pas à contribution la caisse du syndicat d'Indre-et-Loire. Du reste, l'Union des Syndicats avait pris tous les frais à son compte.

« C'est là, dit le Dr Margueritte, une affaire d'intérêt général : ce jugement est de nature à faire cesser les prétentions des compagnies d'assurances. »

M. Thomas lit également une lettre de M. Barat-Dulaurier, secrétaire de l'Union des Syndicats, qui a enregistré avec une vive satisfaction l'adhésion du syndicat d'Indre-et-Loire à l'Union des Syndicats médicaux. Il demande que l'on envoie régulièrement les comptes rendus des séances, afin de les faire paraître dans le bulletin qui est envoyé à tous les membres des Syndicats.

On s'occupe ensuite de la commission de revision des mémoires des indigents. Le syndicat décide que l'on proposera au vote des médecins d'Indre-et-Loire, les mêmes membres que l'an dernier, et que l'on remplacera le Dr Lemesle décédé, par le Dr Denis, de Bourgueil.

La séance est levée à quatre heures.

Dr Edmond Chaumier.

Syndicat de l'Association des médecins du Rhône.

Dans son Assemblée générale du 20 novembre dernier, le Syndicat de l'Association des médecins du Rhône a procédé au renouvellement de son comité administratif, arrivé au terme de son mandat. La Chambre syndicale se trouve actuellement ainsi constituée.

Président : M. Fochier ;
Vice-Président : M. Albaret ;
Secrétaire : M. Rochas ;
Trésorier : M. Savy.
Assesseurs : MM. Bineau, Birot, Chaudeloux, Garel, Odin.

COMPLÉMENT A L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'UNION DES SYNDICATS.

Sur la proposition du Dr Margueritte, l'Assemblée du 7 novembre a décidé que le Bureau de l'Union des Syndicats substituerait son action à celle des syndicats locaux, lorsqu'il serait prié par eux, pour la défense des revendications professionnelles, en ce qui concerne l'exercice de la médecine civile par les médecins militaires.

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Coudrin, à Talmont (Vendée), présenté par M. le Dr Godet, des Sables-d'Olonne.

M. le Dr Briot, à Chaussin (Jura), présenté par le directeur.

M. le Dr Lapeyre, à Savigny (Loir-et-Cher), présenté par le Dr Drumez, de Bessé-sur-Braye.

NÉCROLOGIE

Nous recevons la lettre suivante, et nous nous associons, au nom des Membres du Concours médical, au deuil qui frappe nos confrères du Syndicat d'Argenteuil. Nous avons eu la satisfaction de pouvoir, naguère, procurer comme successeur, à M. Dourlen, notre distingué confrère, M. le Dr de Gressac, ex-président du Syndicat de Marennes.

« Au nom de tous les Membres du Syndicat médical d'Argenteuil et des environs, j'ai le regret de vous faire part de la mort du docteur Dourlen, fondateur de notre association syndicale et notre premier président.

« Notre pauvre ami a été emporté dimanche dernier (21 nov.), par une cruelle maladie dont il souffrait depuis plusieurs années.

« Il avait dû, depuis quelques mois, céder sa clientèle, mais nous le considérions toujours comme notre chef de file, et nous n'avions pas voulu lui donner de successeur.

« Il était, quant à lui, à ce point persuadé de l'importance de ses fonctions, il faisait un tel cas de l'œuvre des Syndicats, que, quelques jours à peine avant sa mort, il m'écrivait encore pour me donner ses instructions.

« Confrère excellent, suivant toujours les règles de la plus stricte déontologie, le docteur Dourlen avait en nous des amis dévoués, et nous avons tous été profondément affectés de sa mort.

« Agréez, etc.

Argenteuil, 26 novembre 1886. Dr E. Toussaint. »

NOUVELLES

M. le Dr Lardier, de Rambervillers (Vosges), vient de recevoir la plus haute récompense que délivre l'Académie, la *grande médaille d'or*. — Félicitations sincères à notre distingué confrère.

— Les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris, à partir du 1er janvier prochain :

M. Dumontpallier passe à l'Hôtel-Dieu ; M. Blachez, à la Charité ; MM. Hutinel et Troisier, à la Pitié ; M. Dieulafoy, à Necker ; MM. Hanot, Gingeot, R. Moutard-Martin et Tapret, à Saint-Antoine ; M. Legroux, à Trousseau ; M. Cornil, à Laënnec ; M. Moizard, à Tenon ; M. Barth, à Sainte-Périne ; M. A. Gombault, à Ivry ; M. Déjérine, à Bicêtre.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

Huitième année — N° 52 — 25 Décembre 1886

LE CONCOURS MÉDICAL

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE

Organe officiel de la Société professionnelle « LE CONCOURS MÉDICAL »

ET DES SYNDICATS DES MÉDECINS DE FRANCE

SOMMAIRE :

LA SEMAINE MÉDICALE

La dernière leçon du professeur Pajot.

Le professeur Pajot s'en va. — Mais son nom restera profondément gravé dans le souvenir de ceux qui l'ont connu.

Son enseignement si clair et si brillant demeure comme un monument de la science obstétricale.

Une dernière fois il a voulu faire profiter son auditoire du fruit de son expérience et, par deux exemples frappants, il a indiqué quelle devait être la qualité dominante d'un accoucheur : la patience.

« Nous avons, en ce moment, dans nos salles, a-t-il dit en substance, une femme qui, après avoir subi l'amputation du col, était enceinte de 6 mois 1/2. En l'examinant on trouvait une grosse masse remplissant l'excavation.

Sous l'influence d'une cause qui nous échappe, cette femme était en travail.

Par le toucher, on constatait, au niveau de ce qui restait du col, une petite dépression, un orifice ayant la dimension d'une plume d'oie.

De plus, et c'est là le point *intéressant*, les bords de cet orifice présentaient une dureté considérable presque cartilagineuse.

Cette résistance, cette dureté nous avaient amenés à penser que la dilatation ne pourrait s'opérer spontanément et qu'une intervention deviendrait nécessaire.

Malgré cela, nous avons attendu, nous avons attendu longtemps et nous avons vu, sous l'influence des contractions utérines, cet orifice que nous croyions infranchissable, se dilater, l'accouchement se faire et la femme donner naissance à un enfant vivant ».

Le professeur Pajot a rappelé ensuite la conduite qu'il avait tenue autrefois dans un de ces accouchements où « *il n'y a rien à faire* — où la femme s'endort entre les douleurs. — Il avait attendu pendant 74 heures, malgré les sollicitations de la famille qui le pressait d'intervenir. Le médecin qui l'assistait avait aussi tiré la morale de ce fait :

« Je ne croyais pas, disait-il, qu'il fût si difficile, en accouchements, de savoir ne rien faire ». C'est qu'en effet, dit M. Pajot « un accoucheur doit avoir trois qualités : 1° de la patience ; 2° de la patience ; 3° de la patience ».

Ensuite le professeur s'exprime à peu près en ces termes :

« Un nouveau règlement impose leur retraite aux professeurs qui ont atteint un âge déterminé. — Je n'ai pas voulu attendre qu'on vînt me prier de céder la place à d'autres.

Mes 70 ans sonnent aujourd'hui.

Je demanderai ma retraite *demain* !

Mais je ne veux pas partir sans remercier mes amis, mes collaborateurs et tout le personnel de cet hôpital.

Si j'ai beaucoup aimé la jeunesse médicale, elle me l'a largement rendu !

Et maintenant il ne me reste plus qu'à vous dire : Je vous remercie et je vous salue ! »

Après les applaudissements qui soulignent ces dernières paroles, M. Doléris, ancien chef de clinique, prend la parole. Il retrace l'enseignement du professeur Pajot, cet enseignement porté par ses élèves aux quatre coins du monde.

Il nous rappelle le professeur Pajot deux fois obligé, par la maladie, de suspendre le cours de son enseignement, deux fois rappelé dans sa chaire, par des pétitions et des adresses de ses élèves.

Il nous montre les amphithéâtres garnis d'une foule attentive à recueillir ses paroles ; l'enthousiasme que savait exciter parmi les auditeurs cette parole vibrante et colorée ; il constate que la clinique d'accouchements, grâce à une antisepsie rigoureuse, peut rivaliser avec les premiers établissements des pays voisins.

Enfin M. Doléris termine, en offrant, au nom de ses anciens élèves, au professeur Pajot, son buste, monument de bronze qui doit rester à la clinique, pour y perpétuer le souvenir de ce beau vieillard qui porte si allègrement ses 70 ans.

Le professeur Pajot, très ému, prononce quelques paroles qui se perdent au milieu des acclamations enthousiastes de ses élèves.

Le directeur de l'Assistance publique prend la parole ; le Dr Peyron « a tenu à venir en personne apporter au professeur Pajot l'expression de la reconnaissance de ces milliers de pauvres qu'il a soulagés ; il est venu proclamer la qualité maîtresse de ce grand bienfaiteur des pauvres, *la bonté* ».

C'est alors que collègues, amis, élèves, viennent

tour à tour presser les mains du professeur. Tous conserveront le souvenir de ces touchants adieux.

H. C.

Curabilité de la cirrhose alcoolique.

M. *Troisier* a présenté à la Société médicale des hôpitaux un homme de 68 ans, vigoureux, coloré, ayant toutes les apparences de la santé, qui paraît avoir guéri spontanément d'une cirrhose alcoolique. Les observations publiées récemment ont prouvé que l'ascite peut disparaître spontanément au cours de la cirrhose. La cirrhose peut aussi évoluer presque sans ascite. Mais on doit encore se poser la question de savoir s'il existe une forme de cirrhose alcoolique particulière n'arrivant pas jusqu'à l'état granulé du foie et rétrocédant jusqu'à guérison.

Le malade, présenté par M. Troisier, ayant eu tous les symptômes classiques de la cirrhose, a subi, il y a deux ans, 18 ponctions abdominales qui ont donné issue à 165 litres de liquide limpide, citrin. Outre l'anorexie, les troubles digestifs, l'amaigrissement, la circulation collatérale de l'ascite, il y avait un œdème des jambes qui disparaissait après chaque ponction pour reparaître ensuite. Le malade se cachectisait, lorsqu'après la dix-huitième ponction, l'urine du malade, qui avait été toujours rare et sédimenteuse, devint abondante et claire. Après plusieurs jours de diurèse, le ventre, qui avait recommencé à enfler depuis la ponction, s'affaissa et le liquide finit par se résorber complètement, pendant que l'état général se relevait et que les forces reparaissaient. Aujourd'hui le malade se considère comme absolument guéri. Le foie est demeuré un peu plus gros qu'à l'état normal, 11 c. de matité sur la ligne mamelonnaire; le bord antérieur du foie est mince et tranchant, la rate normale. Ce malade était un alcoolique avéré ; il buvait 2 à 3 petits verres d'alcool chaque matin à jeun et trois litres de vin par jour.

M. Troisier demande à ses confrères leur opinion sur ce cas. Peut-on admettre la guérison définitive de la cirrhose alcoolique ?

M. Bucquoy a vu plusieurs cas dans lesquels la guérison ou du moins un temps d'arrêt très prolongé a duré plusieurs années. Il cite notamment le cas d'un marchand de vins, voisin de l'hôpital Cochin, auprès duquel il fut appelé en consultation et auquel on n'osait faire la ponction parce que sa mort paraissait imminente, tant était profond son état de cachexie. Six semaines plus tard, la résorption du liquide s'opérait spontanément, et le malade, absolument transformé, venait à pied à la consultation de l'hôpital. Pendant deux ans, M. Bucquoy le vit continuer son commerce ; il ne sait ce qu'il est devenu.

Cruveilhier citait le cas d'une malade atteinte d'ascite qu'il avait soignée et qui paraissait vouée à une mort prochaine ; la résorption s'opéra d'une façon inattendue, coïncidant avec l'intervention d'un homœopathe auquel tout l'honneur de cette guérison revint. Mais, malgré ces faits et d'autres analogues, M. Bucquoy hésite à admettre la curabilité définitive ; il s'agit sans doute de répits plus ou moins longs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 21 décembre).

Distribution des Prix de l'année 1886.

Présidence de M. Trélat.

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1,000 fr.

Des ruptures du canal de l'urèthre chez l'homme et de leur traitement.

Quatre mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur A.-J. Etienne (de Toulouse).

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur *Drochon* (1) (de Bressuire), pour son travail : *Le rétrécissement traumatique donne droit à une rupture spontanée.*

PRIX AMUSSAT. — 1,000 fr.

Un seul mémoire a concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur G. Assaky, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille, pour son mémoire : *De la suture des nerfs à distance.*

PRIX BARBIER. — 2,000 fr.

Cinq mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° 1,000 fr. à MM. Cadéac et Malet, chefs des travaux à l'Ecole vétérinaire de Toulouse, pour leur mémoire : *Recherches expérimentales sur la morve* ; 2° 500 fr. à M. E. Masse, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux, pour son ouvrages : *Kystes, tumeurs perlées et tumeurs dermoïdes de l'iris.*

PRIX HENRI BUIGNET. — 1,500 fr.

Onze mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. Lafon (de Paris), préparateur au laboratoire de toxicologie, pour ses *Etudes sur la digitaline.*

PRIX CAPURON. — 1,500 fr.

Valeur relative des différents moyens propres à déterminer l'âge de la vie intra-utérine au moment de la naissance. Applications médico-légales.

Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Bouillet (de Béziers).

PRIX CIVRIEUX. — 1.000 fr.

La migraine.

Douze mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : MM. les docteurs L. Thomas et Régeard (de Paris).

Elle accorde des mentions honorables à MM. les docteurs *Liégeois* (de Bainville-aux-Saules) et *Georges Martin* (de Bordeaux).

PRIX DESPORTES. — 1,500 fr.

Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

Neuf mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas de prix, mais elle accorde : 1° 1,000 fr. à M. le docteur du Castel (de Paris), pour son travail sur le *Traitement de la variole par la médication éthérée opiacée* ; 2° 500 fr. à M. le docteur Moncorvo (de Rio-de-Janeiro), pour ses travaux sur *L'antipyrine dans la thérapeutique infantile* ; 3° une mention honorable à M. le docteur *Callias*, pour son *Etude clinique de la résorcine au point de vue de son application locale en médecine et en chirurgie.*

PRIX DAUDET. — 1,000 fr.

De l'actinomycose.

Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie

(1) Les noms en italique sont ceux des membres du Concours médical.

remet la même question au concours pour 1887.

PRIX FALRET. — 1,000 fr.

Des rapports entre la paralysie générale et la syphilis cérébrale.

Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1887.

CONCOURS VULFRANC-GERDY.

M. Boutarel, attaché à l'hôpital civil de Versailles, a été nommé stagiaire aux eaux minérales. L'Académie l'a désigné pour aller étudier, en 1886, les eaux minérales du Cantal et principalement les eaux de Chaudesaigues.

Conformément à l'article 8 du règlement, une somme de 1,500 fr. a été allouée à M. Boutarel.

PRIX GODARD. — 1,000 fr.

Ce prix devait être décerné à l'auteur du meilleur travail sur la pathologie interne.

Dix-neuf mémoires ont concouru.

L'Académie partage le prix entre : 1° Mlle A. Klumpke (de Paris), pour son travail : *Contribution à l'étude des paralysies radiculaires du plexus brachial* ; 2° M. le docteur Léon Perrin. (de Marseille), pour son *Mémoire sur la sarcomatose cutanée*.

Elle accorde une mention honorable à M. le docteur Fernand Roux (de Paris), pour son *Traité pratique des pays chauds* (*maladies infectieuses*).

PRIX HERPIN (de Metz). — 1,500 fr.

Préciser par une série d'observations s'il existe un traitement abortif de la syphilis confirmée.

Un seul mémoire a concouru.

L'Académie décerne le prix à M. Marcel Crivelli, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX HUGUIER. — 3,000 fr.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Ch. Périer, chirurgien de l'hôpital Lariboisière, à Paris.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1,600 fr.

Rechercher quels peuvent être les rapports de la syphilis et du rachitisme dans la première enfance.

Neuf mémoires ont concouru.

L'Académie décerne un prix de 1,000 fr à MM. Cazin et Iscovesco, dit Escault (de Berck).

Elle accorde : 1° 300 fr. à M. le docteur *Gibert*, (du Havre) ; 2° 300 fr. à M. Jacquet (Lucien), interne à l'hôpital Saint-Louis, de Paris.

Elle accorde, en outre, une mention honorable à MM. les docteurs *A. Friot* (de Nancy) et Jules Comby (de Paris).

PRIX LAVAL. — 1,000 fr.

L'Académie décerne le prix à M. Berlioz, chef du laboratoire à la clinique médicale de la Pitié.

PRIX LOUIS. — 3,000 fr.

Etude de l'action du mercure, du nitrate de potasse et de la digitale.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde 500 fr. à MM. les docteurs P. Chautard et P. de Gennes (de Paris).

PRIX AUGUSTE MONBINNE. — 1,500 fr.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur Charrin (de Paris), pour sa mission pendant l'épidémie cholérique de 1885-86 en Bretagne et en Vendée.

PRIX ORFILA. — 2,000 fr.

Du venin de la vipère.

Aucun mémoire n'ayant été adressé, l'Académie remet la même question au concours pour 1888.

PRIX OULMONT. — 1,000 fr.

Ce prix devait être décerné à l'interne des hôpitaux de Paris ayant obtenu la médaille d'or au concours annuel des prix de l'internat.

L'Académie décerne le prix à M. Hallé, interne à l'hôpital Trousseau.

PRIX PORTAL. — 600 fr.

Le goître exophthalmique.

Trois mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à M. le docteur *Liégeois* (de Bainville-aux-Saules).

PRIX SAINT-LAGER. — 1,500 fr.

Aucun mémoire n'a été adressé.

PRIX SAINT-PAUL. — 25,000 fr.

Soixante-treize mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde un prix d'encouragement de 1,000 fr. à M. le docteur Alfred Suss (de Paris), pour son mémoire : *De la paralysie diphthéritique du pneumo-gastrique.*

PRIX STANSKI. — 2,000 fr.

Trois mémoires ont concouru.

L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde : 1° 1,200 fr. à MM. Cadéac et Nalet, chefs des travaux à l'École vétérinaire de Toulouse ; 2° 800 fr. à M. le docteur *Léon Bec* (de Mézel).

PRIX VERNOIS. — 800 fr.

Ce prix devait être décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

Quinze mémoires ont concouru.

Le prix est décerné à M. Monod, préfet du Finistère, pour ses travaux sur l'hygiène en France et à l'étranger.

Elle accorde une mention honorable : 1° à M. le docteur Morache, pour son *Traité d'hygiène militaire* ; 2° à M. le docteur Riant (de Paris), pour ses travaux sur l'hygiène ; 3° à M. Thoinot (de Paris), auteur de l'*Histoire de l'épidémie cholérique de 1884.*

ADHÉSIONS A LA SOCIÉTÉ CIVILE DU CONCOURS MÉDICAL

M. le Dr Thibaut de Ménonville, à Bagnols, présenté par le Dr Balp, de Draguignan.

M. le Dr Kœnig à Sancheville, présenté par le Dr Larrieu, de Bonneval.

NÉCROLOGIE

Nous avons reçu la lettre suivante :

Mon cher Directeur,

J'ai la douleur de vous annoncer la mort de mon cher doyen, le docteur Pescheux, fondateur et président du Syndicat médical de Verneuil. Son enterrement a eu lieu le 4 décembre, et a donné lieu à la manifestation d'un véritable deuil public. Le Syndicat de Verneuil y assistait presque au complet, et sur sa tombe, j'ai, en son nom, dit le dernier adieu au confrère dont toute la vie fut un des plus beaux exemples du devoir professionnel.

M. Pescheux était un des rares élèves survivants de Dupuytren. Il fut reçu docteur en 1837, et par conséquent exerçait la médecine depuis bientôt 50 ans. Les grandes qualités de praticien, ainsi que la droiture et la dignité de son caractère, lui avaient valu un grand renom dans notre contrée, et c'était certainement un des médecins de province les plus occupés.

Agréez, etc. Dr Carcopino.

— Nous avons le regret de faire part à nos lecteurs du décès du Dr Dumény, de Nîmes (Gard), membre du Concours médical.

Le Directeur-Gérant : A. CEZILLY.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères, Place St-André, 3.

TABLE DES MATIÈRES

contenues dans le « CONCOURS MÉDICAL »

ANNÉE 1886

Cette Table comprend trois parties : I. Partie Scientifique. — II. Partie Professionnelle. — III. Bulletin de l'Union des Syndicats.

I

Partie Scientifique

A

B

L

M

N

O

P

II

Partie Professionnelle

(Consulter en outre, pour la plupart des questions professionnelles, la troisième partie résumant le BULLETIN DES SYNDICATS.

III

Bulletin de l'Union des Syndicats